



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo VIA BELFORTE DEL CHIEN TI

SEDE CENTRALE: Via Belforte del Chienti, 24 – 00156 Roma - ☎ 06 41217716 fax 06 41217716

Codice fiscale: 97712620588 – Cod. meccanografico: RMIC8EQ00G

<https://www.icbelfortedelchienti.edu.it> ✉ RMIC8EQ00G@istruzione.it pec: RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it

Roma, 10/09/2020

Alle famiglie
Ai Docenti
Al Personale di Segreteria
Ai collaboratori scolastici
al DSGA
Al presidente del Consiglio di Istituto
Al sito

CIRCOLARE N. 10

OGGETTO: riammissione degli alunni alla frequenza scolastica

Nell'applicazione delle misure generali per il contrasto e il contenimento della diffusione del SARS-CoV-2, in caso di riammissione alla frequenza scolastica, dopo allontanamento o assenza da scuola, anche per un solo giorno, le famiglie forniranno al rientro al docente di classe l'autodichiarazione allegata.

In caso di assenze superiori ai 3 gg., per maggior tutela dell'intera comunità scolastica, è auspicabile corredare l'autodichiarazione di un certificato medico.

Si confida nella collaborazione di tutti.

Il Dirigente Scolastico

Paolo Lozzi

Documento firmato digitalmente da Paolo Lozzi
ai sensi del CAD e norme ad esso connesse



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo VIA BELFORTE DEL CHIEN TI

SEDE CENTRALE: Via Belforte del Chienti, 24 – 00156 Roma - ☎ 06 41217716 fax 06 41217716

Codice fiscale: 97712620588 – Cod. meccanografico: RMIC8EQ00G

<http://www.icbelfortedelchienti.edu.it> ✉ RMIC8EQ00G@istruzione.it pec: RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE ALLA FREQUENZA SCOLASTICA

Io sottoscritto/a

genitore di

classe sez..... plesso

rimasto/a assente / allontanato/a dalla scuola dal al

consapevole delle responsabilità civili, penali ed amministrative in caso di dichiarazione mendace

DICHIARO

che mio/a figlio/a è stato/a assente per:

(barrare)

o motivi familiari

o malattia

In caso di assenza per malattia

DICHIARO

di aver consultato il Pediatra/Medico di base e di essermi attenuto/a alle Sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro in comunità dello stesso.

Pertanto mio/a figlio/a può riprendere la frequenza scolastica a partire dalla data odierna.

Roma,

Firma del genitore (o di chi ne fa le veci)
