



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE «G.GALILEI»

Via della Concordia, 92 – 61100-PESARO - cod.fiscale **80006730412**

tel.0721/283030 fax 0721/450756

e-mail: [psic828007@istruzione.it](mailto:psic828007@istruzione.it) - pec: [psic828007@pec.istruzione.it](mailto:psic828007@pec.istruzione.it)

web: [www.icsgalilei.edu.it](http://www.icsgalilei.edu.it)



Pesaro, 18/09/2021

Ai genitori/tutori  
Degli alunni dei tre ordini  
Ai docenti  
dell'I.C. G. Galilei  
Agli Atti  
Pesaro

**Oggetto: certificato medico/autocertificazione di riammissione a scuola.**

Al fine di tutelare la salute dell'intera comunità scolastica,  
si invia in allegato lo schema riassuntivo e i modelli utili per la riammissione a scuola dopo assenze  
per malattia e non.

Si precisa che l'autocertificazione non sostituisce il parere del pediatra/medico di medicina  
generale, che si consiglia comunque di contattare in caso di dubbi.

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Brunna Mercarelli

Firma autografa sostituita da indicazioni  
a mezzo di stampa, ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.lgs n. 39/1993

<b>Ordine di scuola Tipologia di assenza</b>	<b>Scuola dell'Infanzia</b>	<b>Scuola primaria e Scuola secondaria di I grado</b>
Assenza <b>diversa da malattia inferiore a 3 giorni.</b>	Non è richiesto certificato. Si consiglia di avvisare i docenti del motivo dell'assenza.	Non è richiesto certificato. Si consiglia di avvisare i docenti del motivo dell'assenza.
Assenza per motivi di <b>salute inferiore a 3 giorni.</b>	Non è richiesto certificato. Si consiglia di avvisare i docenti del motivo dell'assenza.	Non è richiesto certificato. Si consiglia di avvisare i docenti del motivo dell'assenza.
Assenza <b>diversa da malattia superiore a 3 giorni</b> (giorni festivi e di sospensione delle attività didattiche compresi).	Non è richiesto certificato. È fondamentale avvisare i docenti del motivo dell'assenza e sottoscrivere la dichiarazione sostitutiva allegata.	Non è richiesto certificato. È fondamentale avvisare i docenti del motivo dell'assenza e sottoscrivere la dichiarazione sostitutiva allegata.
Assenza per motivi di <b>salute superiore a 3 giorni</b> (giorni festivi e di sospensione delle attività didattiche compresi).	È richiesto il certificato medico.	Non è richiesto certificato. È fondamentale avvisare i docenti del motivo dell'assenza e sottoscrivere la dichiarazione sostitutiva allegata.
Assenza per motivi di salute in caso di <b>sospetto COVID indipendentemente dalla durata.</b>	È richiesta l'attestazione medica per il rientro (in caso di esito negativo del tampone) o la dichiarazione di avvenuta negativizzazione da parte del Dipartimento di Prevenzione (in caso di esito positivo del tampone).	È richiesta l'attestazione medica per il rientro (in caso di esito negativo del tampone) o la dichiarazione di avvenuta negativizzazione da parte del Dipartimento di Prevenzione (in caso di esito positivo del tampone).
<b>Malattie infettive</b> che comportino una assenza superiore a cinque giorni (su valutazione del pediatra/medico di medicina generale).	È richiesto il certificato medico.	È richiesto il certificato medico

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA PER MALATTIA SUPERIORE/ A TRE GIORNI**

Il/La sottoscritto/a .....  
genitore dell'alunno/a .....,  
consapevole della responsabilità penale e degli effetti amministrativi in caso di dichiarazione mendace (DPR n. 445/2000) e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività, dichiara  
- che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente da scuola per malattia dal ..... al ....., per un totale di giorni .....  
- che sono state osservate le prescrizioni del pediatra/medico curante e che può riprendere la frequenza scolastica poiché non sussistono condizioni incompatibili con la permanenza in collettività.

data, .....

Firma .....

I dati sopra indicati saranno trattati dall'istituzione scolastica nei limiti previsti dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e norme successive. (da consegnare ai docenti di sezione/classe)

---

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA NON DOVUTA A MALATTIA SUPERIORE A TRE GIORNI**

Il/La sottoscritto/a .....  
genitore dell'alunno/a .....,  
consapevole della responsabilità penale e degli effetti amministrativi in caso di dichiarazione mendace (DPR n. 445/2000) e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività, dichiara  
- che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente da scuola dal ..... al ....., per un totale di giorni .....

per le seguenti esigenze indifferibili, del tutto estranee a malattia:

1. motivi familiari di viaggio presso (*indicare la meta del viaggio*) \_\_\_\_\_

2. motivi personali, per controlli medici / visite specialistiche non correlate a malattia in atto presso: (*indicare la struttura*) \_\_\_\_\_

3. Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

data, .....

Firma .....

I dati sopra indicati saranno trattati dall'istituzione scolastica nei limiti previsti dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e norme successive. (da consegnare ai docenti di sezione/classe)

Il genitore/tutore

.....