



Allegato 6 Protocollo per la gestione del rischio COVID-19 23/09/2020

PROCEDURA ASSENZE

ASSENZA PER CONDIZIONI CLINICHE **SOSPETTE** PER COVID-19

In caso di insorgenza di:

- sintomatologia sospetta: *Sintomi più comuni di COVID-19 nei bambini: febbre, tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/congestione nasale (ECDC, 31 luglio 2020)*

e/o

- temperatura corporea maggiore di 37,5°

1. La **Famiglia avvisa la Scuola PRIORITARIAMENTE COMPILANDO L'APPOSITO [MODULO ONLINE](#)**, o in alternativa al numero 0444/1813311
2. La **Famiglia contatta il Pediatra/Medico**

CASO A: IL PEDIATRA O IL MEDICO DI BASE DECIDE DI **AVVIARE** L'ITER DIAGNOSTICO

TEST NEGATIVO

- Per la riammissione a scuola è **necessaria l'ATTESTAZIONE specifica del Pediatra/Medico** che l'alunno può rientrare a scuola poiché è stato seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 di cui sopra.

TEST POSITIVO

- Il Dipartimento di Prevenzione (DdP) notifica il caso alla Scuola, si avvia la ricerca dei contatti e si intraprendono le azioni di sanificazione straordinaria.
- Il DdP deciderà la strategia più adatta circa eventuali screening al personale scolastico e agli alunni.
- Per la riammissione a scuola è **necessaria l'ATTESTAZIONE specifica del Pediatra/Medico**.

IN ATTESA DEL RISULTATO DEL TAMPONE, I FRATELLI POSSONO FREQUENTARE LA SCUOLA, A MENO DI DIVERSE INDICAZIONI DA PARTE DEL PEDIATRA/MEDICO.

CASO B: IL PEDIATRA O IL MEDICO DI BASE DECIDE DI **NON AVVIARE** L'ITER DIAGNOSTICO

- Per la riammissione a scuola, la **Famiglia presenta la specifica autodichiarazione CASO B** (vedi allegati)

ASSENZA PER TUTTI GLI ALTRI MOTIVI

Per la riammissione a scuola, *secondo le indicazioni della Circolare Regione Veneto prot. 345038 del 02/09/2020*, la **Famiglia presenta la specifica [autodichiarazione REGIONE VENETO](#)** (vedi allegati)

Le **autocertificazioni di cui sopra sono sostitutive della giustificazione** sul diario/libretto e dovranno essere consegnate ai docenti della classe al rientro a scuola e **sono assolutamente necessarie** per la riammissione.

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
CASO B

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a a _____ il _____

assente da scuola dal _____ al _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, 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 per l'assenza indicata, seppur dovuta a sintomi correlati al Covid19 (nei bambini: febbre, tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/congestione nasale), il Medico/Pediatra consultato non ha ritenuto necessario avviare l'iter di accertamento per contagio da Covid19

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)

AII. 2 - FAC-SIMILE
AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a a _____ il _____,

**consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e
consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di
COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,**

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo
stesso NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

*In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera
Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della
riammissione al servizio/scuola.*

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
