



Ministero dell'Istruzione  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
I.C. "P.M. CORRADINI"  
Via di San Matteo 104 - 00133 Roma  
[Rmic82800q@istruzione.it](mailto:Rmic82800q@istruzione.it) [Rmic82800q@pec.istruzione.it](mailto:Rmic82800q@pec.istruzione.it)  
Cod. Mecc. RMIC82800Q - C.F. 97198160588 –  
06 72609098 [www.iccorradiniroma.edu.it](http://www.iccorradiniroma.edu.it)

Circ. 45

Alle famiglie degli alunni  
Al personale docente e Ata  
AI DSGA

**Oggetto: Assenze scolastiche e certificazioni mediche - chiarimenti ulteriori**

Si allega alla presente, sperando di semplificare e rendere più agevole la procedura, uno schema esplicativo e sintetico per la giustificazione delle assenze.

Si comunica inoltre che per la giustificazione delle assenze per motivi di malattia inferiore ai tre giorni (infanzia) e 5 giorni (primaria/secondaria) è stato predisposto un apposito modulo scaricabile nell'area genitori → modulistica e allegato alla presente.

Per permettere una gestione più efficiente delle giustificazioni, i certificati medici e le autocertificazioni, oltre che inviate via email alla segreteria, dovranno essere fornite in copia dall'alunno anche al docente.

Si richiede la massima attenzione nella lettura.

Roma, 03.10.2020

Il Dirigente Scolastico  
Giovanni Sedita  
(Firma autografa sostituita ex art. 3, c.2 D.Lgs n. 39/93)

## ASSENZE SUPERIORE A 3 GIORNI (INFANZIA) O 5 GIORNI (PRIMARIA/SECONDARIA)

Assenza per **MALATTIA**  
superiore a

- 3 giorni scuola infanzia
- 5 giorni primaria/secondaria

(si contano sabato e domenica)



Certificato  
Medico necessario per il  
rientro

Assenza per **MOTIVI DI  
FAMIGLIA** superiore a

- 3 giorni scuola infanzia
- 5 giorni primaria/secondaria



autocertificazione  
preventiva  
(entro la mattinata del  
primo giorno di assenza)

## ASSENZE INFERIORI A 3 GIORNI (INFANZIA) O 5 GIORNI (PRIMARIA/SECONDARIA)

Assenza per **MALATTIA**  
inferiore a

- 3 giorni scuola infanzia
- 5 giorni primaria/secondaria



autocertificazione  
con modulo dedicato  
al rientro  
(scaricabile in area modulistica  
famiglie)

Assenza per **MOTIVI DI  
FAMIGLIA** inferiore a

- 3 giorni scuola infanzia
- 5 giorni primaria/secondaria



autocertificazione  
preventiva  
(entro la mattinata del  
primo giorno di assenza)

**Allegato 3 - FAC SIMILE per autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiori o uguali a 3 o 5 giorni**  
**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapiti: ☎ \_\_\_\_\_ } \_\_\_\_\_

**In qualità di genitore/tutore del minore:**

\_\_\_\_\_, *studente di questo istituto*

**DICHIARO**

- Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino
- Che il pediatra/medico di medicina generale dr/dr.ssa \_\_\_\_\_  
previo
  - consulto telefonico
  - visita medicaha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica
- Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi riferibili a COVID - 19

***Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);***

***Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.***

***Il trattamento dei dati particolari viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679 "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale. I suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture a ciò deputate e non ceduti in nessun modo a terzi se non nei casi in cui questo sia previsto da disposizioni normative in materia emergenziale (es. art. 17 bis (Decreto-legge 18/20 come convertito dalla legge n. 27, 24 aprile 2020).***

Lì \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_ (firma leggibile)