



Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO COMPRENSIVO EST 1 "SANTA MARIA BAMBINA"

Via A. Del Verrocchio, 328, 25124 BRESCIA - Tel. 0302306867 Fax 0302306462

C.M.: BSIC878006 - C. F.: 98093050171- IBAN: IT15L0569611200000015907X93 - C.U. UFL3AK – iPA: istsc_bsic878006

PEO: bsic878006@istruzione.it PEC: bsic878006@pec.istruzione.it SITO WEB: www.istitutocomprensivoest1.edu.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

E AL REFERENTE DI CLASSE

OGGETTO: RICHIESTA DIDATTICA IN PRESENZA ALUNNO CON PIANIFICAZIONE INDIVIDUALE - NOTA MINISTERIALE PROT. 71 DEL 21 GENNAIO 2022

COGNOME ALUNNO/A _____ NOME ALUNNO/A _____

CLASSE _____ SEZIONE _____ PLESSO _____.

IL/I SOTTOSCRITTO/I _____

Genitori o esercenti la responsabilità genitoriale, consapevoli delle responsabilità penali per false dichiarazioni del D.P.R. 445 del 2000, dichiarano che l'alunno non è stato segnalato come contatto stretto di caso positivo in ambito non scolastico ad ATS, che non è stato sottoposto a quarantena extrascolastica od isolamento per tampone positivo, e che il medesimo alunno non mostra al momento né ha mostrato prima della presente richiesta di rientro in presenza sintomatologia Covid, ovvero che è stata dichiarata al Pediatra/Medico di medicina generale dott. _____ una sintomatologia che il medico non ha valutato simil covid, che il medico ha ritenuto di sottoporre a tampone/i risultati negativi (allegare).

Gli esercenti la potestà concordano l'opportunità di allegare tampone eseguito nelle 48 ore dal contatto scolastico ed altro tampone eseguito dopo 5 giorni dal primo, che saranno effettuati a proprie spese. Gli stessi si obbligano a segnalare immediatamente alla scuola eventuale sintomatologia ed in tal caso a rinunciare alla presenza segnalando al proprio pediatra/medico per i provvedimenti.

Gli stessi dichiarano che l'alunno può indossare mascherina FFP2 che gli sarà quotidianamente fornita dalla famiglia e che il medico/pediatra non ha ritenuto vi siano controindicazioni; oppure che l'alunno ha certificazione medica di esonero da mascherina FFP2 che gli sarà quotidianamente fornita dalla famiglia e che il medico/pediatra non ha ritenuto vi siano controindicazioni

I richiedenti sono consapevoli che la permanenza nei locali scolastici avverrà in assenza totale o parziale dei compagni, che non sempre sarà possibile l'affiancamento degli insegnanti di classe, talvolta solo a distanza e con Operatore all'integrazione in presenza, e che sarà necessario ricorrere a collegamenti a distanza da scuola durante le lezioni in d.d.i. con i compagni. L'orario e la partecipazione alla mensa saranno concordati con gli insegnanti e trascritti nel registro di classe.

I richiedenti sono altresì consapevoli che l'alunno presente a scuola potrà essere in contatto con gli stessi insegnanti che hanno frequentato la classe posta in quarantena e a distanza, ed esonerano la scuola da responsabilità inerenti tali contatti, che saranno effettuati applicando al meglio le norme sulle distanze, anche in considerazione del disagio dell'alunno come abitualmente conosciuto.

PRESTANO CONSENSO ALLA FREQUENZA IN PRESENZA DEL SUDDETTO ALUNNO ED AL TRATTAMENTO DEI DATI RICHIESTI.

DATA _____ * FIRMA/E LEGGIBILE/I 1 _____ 2 _____

*Se firmato da un solo genitore si dichiara che la richiesta è stata fatta in accordo con l'altro genitore esercente la potestà.

Inserire nel registro.

Per il consiglio di classe l'insegnante di sostegno _____ Coordinatore/referente _____

Per conoscenza, l'operatore all'integrazione _____