



Ministero dell'Istruzione - Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

I.P.S.S.E.O.A. "M. BUONARROTI" FIUGGI

Sede centrale ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO
PER I SERVIZI PER L'ENOGASTRONOMIA E L'OSPITALITA' ALBERGHIERA
Via G. Garibaldi - 03014 Fiuggi (Fr) - C.F. 92070770604 Cod. Mecc. FRRH030008
0775- 533614 - frrh030008@istruzione.it; frrh030008@pec.istruzione.it
I.P.S.S.E.O.A. SEZ. CARCERARIA FROSINONE FRRH030019
E.O.A. SEZIONE PALIANO Cod. Mecc. Cod. Mecc: FRRH03002A

Comunicazione n. 130

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE - "M. BUONARROTI"-FIUGGI
Prot. 0014054 del 03/12/2021
04-08 (Uscita)

Agli alunni
Ai familiari degli alunni
Ai docenti
Al personale ATA
E p.c. al Dsga

All'albo on line

Oggetto: Dichiarazione di riammissione in classe (in caso di uscita anticipata su richiesta della scuola per malessere/sintomi Covid)

Si comunica che,

nei casi in cui gli studenti, manifestino sintomi Covid in seguito ai quali la scuola applica il relativo protocollo (accompagnamento in aula Covid, misurazione temperatura ecc) il rientro in classe deve avvenire previa presentazione del modello allegato (scaricabile anche dal sito alla sezione "Coronavirus") di dichiarazione da parte dei genitori o di chi ne fa le veci debitamente compilato.

Si ricorda, altresì, che per le assenze superiori ai 5 (cinque) giorni è obbligatorio il certificato del medico.

Il Dirigente Scolastico
Dott. Ing. Cozzolino Francesco



DICHIARAZIONE DI RIAMMISSIONE IN CLASSE

(in caso di uscita anticipata su richiesta della scuola per malessere)

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

.....Codice Fiscale.....
Nata/o a.....il.....
Residente in via / piazza.....n°.....
Città.....Prov.....e-mail.....
Cell.....

In qualità di MADRE PADRE TUTRICE/TUTORE LEGALE

ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE

Sull'alunna/o.....iscritta/o alla
Classe..... sez.....plesso.....

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni Mendaci, ex art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di aver informato il Medico Di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta dei sintomi manifestati dall'alunna/alunno a scuola in data.....

Dichiara altresì che il MMG o PLS ha ritenuto di NON richiedere il test diagnostico e ch l'alunno/a può far rientro scuola.

.....li.....

FIRMA

.....