



## **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "SANDRO PENNA"**

*Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria di 1° grado - Indirizzo Musicale*  
*Via Salvator Rosa – 84091 BATTIPAGLIA (SA) -Tel / Fax 0828/303720-0828/380347*  
*www.istitutopenna.edu.it -[saic83900n@istruzione.it](mailto:saic83900n@istruzione.it) PEC: [saic83900n@pec.istruzione.it](mailto:saic83900n@pec.istruzione.it)*

Ai genitori degli alunni interessati

Ai docenti interessati

Albo, Atti, Sito Web

### **Oggetto: ripresa delle attività didattiche in presenza degli alunni H**

In riferimento alla circolare Prot. 0004908/U del 03/11/2020 che prevedeva la sospensione delle attività didattiche in presenza destinate agli alunni affetti da disturbi dello spettro autistico e/o diversamente abili

#### **si comunica**

che **dal giorno 30 Novembre 2020** riprenderanno le attività didattiche in presenza per gli alunni affetti da disturbi dello spettro autistico e/o diversamente abili. Condizione necessaria al rientro è l'acquisizione, da parte della scrivente, delle seguenti dichiarazioni:

- Dichiarazione di non fragilità dell'alunno richiedente
- Autodichiarazione Covid-19.

Si invitano, pertanto, i genitori interessati a far pervenire, all'indirizzo mail [saic83900n@istruzione.it](mailto:saic83900n@istruzione.it), con urgenza a questa istituzione scolastica eventuali istanze di partecipazione corredate dai documenti in allegato.

Il Dirigente Scolastico  
**Maria Rosaria Ippolito**  
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93)

## Scheda di "autodichiarazione" Coronavirus COVID-19

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori e/o tutori legali  
dell'alunno (Nome Cognome) \_\_\_\_\_

### DICHIARANO CHE:

1. Ha effettuato viaggi, negli ultimi 15 giorni, in luoghi ad alto rischio contagio?

- SI
- NO

2. Qualche familiare è attualmente in quarantena cautelativa e/o in attesa di esito di test anticovid?

- SI
- NO

3. Negli ultimi 15 giorni ha avuto contatti con qualcuno che presentava sintomi come tosse e/o febbre?

- SI
- NO

4. Si è sottoposto al test sierologico e/o tampone negli ultimi 15 giorni?

- SI in data
- NO

Data

Firma dei genitori e/o tutori legali

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oggetto: comunicazione stato di non fragilità alunni con disabilità.

I sottoscritti(madre)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (padre)

genitori dell'alunno\\_\_\_\_\_

frequentante la classe:\_\_\_\_\_anno scolastico 2020-2021- di questa Istituzione Scolastica,  
dichiarano, a tutela della salute del proprio figlio\,a, come da certificato del proprio medico curante 'pediatra  
allegato, che lo stesso non rientra nella categoria degli alunni fragili.

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione.

Data

\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_