



Ministero dell' Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo Statale "G. Marconi"

Via Egitto, 1 - 92027 LICATA - Tel. 0922/773044 - fax 0922/773550

Cod. fisc. 81000570846 - cod. mecc. agic834003

codice univoco di fatturazione: UF0KA3

agic834003@istruzione.it - AGIC834003@PEC.ISTRUZIONE.IT www.istitutocomprensivomarconilicata.edu.it

Cir. 81

**Ai Docenti
Al Personale ATA
Alle Famiglie
Al DSGA
Agli Atti, al sito web**

Oggetto: ripresa delle attività didattiche in presenza 01/02/2021

Vista l'Ordinanza del Presidente della Regione Sicilia n.11 del 30/01/2021, che rimanda, in merito alla scuola Primaria e Secondaria di Primo Grado al DPCM del 14 gennaio 2021, si comunica che, da domani lunedì 01 febbraio 2021, le attività didattiche riprenderanno regolarmente in presenza per tutte le classi. L'orario delle lezioni e le modalità di ingresso ed uscita restano invariati.

Il rientro a scuola degli studenti dovrà essere accompagnato da certificazione attestante l'esito del tampone o da autocertificazione, sottoscritta dai genitori, nella quale si dichiara che il proprio figlio non è e non è stato affetto da sintomatologia riconducibile a Covid 19 e di non avere avuto contatti stretti, negli ultimi 14 giorni, con persone affette da Covid 19.

Il personale dovrà presentare esito del tampone o autocertificazione.

Si augura a tutta la comunità scolastica una responsabile ripresa delle attività didattiche.

Si allega alla presente modello di autocertificazione

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Maurilio Lombardo**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93

AUTOCERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il ____/____/_____, residente in _____,
Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome)
_____ (nome), nato/a a _____ il ____/____/20____,

DICHIARA

Che il/la propri_/_ figli_/_ è stat_/_ sottopost_/_ a tampone rapido con esito negativo,

- in occasione dello screening organizzato dal Comune di Licata
- altro (specificare) _____

che il /la propri_/_ figli_/_ non presenta sintomatologia riconducibile a Covid-19 (raffreddore, tosse, nausea, vomito, diarrea, occhi rossi e/o gonfi, lacrimazione occhi, mal di testa, congestione nasale, mal di gola)

che il proprio figli_/_ non è stato a contatto con persone positive al Covid 19 negli ultimi 14 giorni.

Licata, _____

Firma
