

Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SARDEGNA

ISTITUTO COMPRENSIVO BONO codice univoco IPA UFRWLA

Via Tirso - 07011 BONO (SS) Tel. 079 790110 eMail SSIC820006@istruzione.it –

Cod.IPA istsc_ssic820006 C. F.: 81000530907 C. M.: SSIC820006

Circolare n. 66 del 14/01/2026

Alle famiglie
Al personale docente
Al personale ATA

Oggetto: Riammissione e frequenza degli alunni della scuola del primo ciclo in caso di prognosi, interventi sanitari o apparecchi gessati

Si comunica alle SS.LL. che, in caso di assenza per malattia, intervento chirurgico, infortunio o applicazione di apparecchi gessati/tutori, la riammissione e la frequenza degli alunni della scuola del primo ciclo avverranno nel rispetto dei seguenti punti:

1. Certificazione medica

- È richiesta esclusivamente nei casi previsti dalla normativa regionale o in presenza di malattie infettive-diffusive.
- In tutti gli altri casi, la scuola potrà acquisire **dichiarazione/autocertificazione dei genitori**.

2. Autocertificazione dei genitori (modello allegato alla presente)

I genitori dichiarano sotto la propria responsabilità che:

- il bambino può riprendere la frequenza scolastica;
- non necessita di somministrazione di farmaci o di assistenza sanitaria durante l'orario scolastico;
- l'eventuale apparecchio gessato/tutore è compatibile con la vita scolastica ordinaria.

3. Valutazione organizzativa della scuola

La scuola, tramite il Dirigente scolastico, potrà valutare eventuali **misure organizzative temporanee** (ad es. limitazione di alcune attività motorie o di gioco) o, nei casi di oggettivo rischio, **differire la riammissione**, dandone comunicazione motivata alla famiglia.

4. Limiti di responsabilità

Il personale scolastico non è autorizzato a svolgere prestazioni di tipo sanitario o assistenziale specialistico. Eventuali necessità di questo tipo rendono incompatibile la frequenza scolastica.

Si confida nella consueta collaborazione delle famiglie, nell'interesse prioritario della salute e della sicurezza dei bambini.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Pierpaolo Pinna

Modello di autocertificazione dei genitori

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000

I sottoscritti _____
(genitori/tutori dell'alunno/a) _____
frequentante la sezione/classe _____ del plesso scolastico di _____

DICHIARANO

- che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente per _____;
- che alla data odierna può riprendere la frequenza scolastica;
- che l'eventuale presenza di apparecchio gessato/tutore/bendaggio non impedisce la partecipazione alle attività scolastiche ordinarie;
- che il/la bambino/a **non necessita di assistenza sanitaria**, di terapie, di somministrazione di farmaci o di particolari attenzioni di tipo medico durante l'orario scolastico;
- di essere consapevoli che il personale scolastico non può svolgere attività di tipo sanitario;
- di assumersi ogni responsabilità connessa alla frequenza scolastica nelle condizioni sopra dichiarate.

Luogo e data _____

Firma dei genitori/tutori
