



**ISTITUTO D'ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE**  
**"G. Galilei"**

con sezioni associate di

LICEO CLASSICO – LICEO LINGUISTICO  
LICEO SCIENTIFICO – LICEO DELLE SCIENZE APPLICATE  
LICEO DELLE SCIENZE UMANE



✉ via XX Settembre, 65 - 73048 NARDÒ (LE) – Ambito Territoriale 18 – C. F. e P. IVA 82002590758  
C.M.: LEIS01300R – E-mail: [leis01300r@istruzione.it](mailto:leis01300r@istruzione.it) – P.e.c.: [leis01300r@pec.istruzione.it](mailto:leis01300r@pec.istruzione.it) – Tel.: +39 0833 570542  
Sito istituzionale: [www.liceogalileinardo.edu.it](http://www.liceogalileinardo.edu.it)

CIRCOLARE N. 18

**Ai Genitori / esercenti responsabilità genitoriale e  
agli Studenti  
e p.c.**

**Ai Docenti  
Al Presidente del Consiglio di Istituto  
Ai Collaboratori del DS  
Al RSPP – IISS "G. Galilei"  
Al personale ATA-Didattica  
Alla DSGA  
Al Sito Web dell'Istituto**

**Sedi**

**OGGETTO: INFORMATIVA -Ripresa delle attività didattiche a settembre 2020**  
**Segnalazioni eventuali patologie**

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA**

**AL FINE** di predisporre l'avvio del prossimo anno scolastico;

**VISTO** l'art. 8 del "Protocollo di intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID19", n. 87 del 06/08/2020, il quale recita "*Al rientro degli alunni dovrà essere presa in considerazione la presenza di "soggetti fragili" esposti a un rischio potenzialmente maggiore nei confronti dell'infezione da COVID-19. Le specifiche situazioni degli alunni in condizioni di fragilità saranno valutate in raccordo con il Dipartimento di prevenzione territoriale ed il pediatra/medico di famiglia, fermo restando l'obbligo per la famiglia stessa di rappresentare tale condizione alla scuola in forma scritta e documentata*";

**CHIEDE**

ai **genitori** di **alunni** che sono considerati "**soggetti fragili**" (quindi esposti a un rischio potenzialmente maggiore nei confronti dell'infezione da COVID19) di **comunicarlo e documentarlo per ISCRITTO alla Dirigente Scolastica**, perché la stessa possa effettuare quanto

di Sua competenza, in raccordo con il Dipartimento di Prevenzione Territoriale ed il Pediatra/Medico di famiglia.

Si fa presente, inoltre, che lo stato di fragilità di un alunno non attiene solamente a condizioni collegate a certificazioni di legge n. 104/ 5 febbraio 1992, ma anche a situazioni nelle quali gli allievi possano risultare allergici alle sostanze a base alcolica o alle diluizioni di ipoclorito di sodio, indicate per la pulizia e la disinfezione degli ambienti.

Pertanto, le SS.LL., sono invitate, in caso di sussistenza di particolari condizioni di rischio per il/la proprio/a figlio/a, a segnalarlo alla scuola, entro il 16 settembre 2020, tramite la modulistica allegata, corredata di certificazione medica del proprio medico curante /pediatra. La segnalazione va inviata esclusivamente all'indirizzo [leis01300r@pec.istruzione.it](mailto:leis01300r@pec.istruzione.it) alla c.a. dell'A.A. Paola Gira.

La mail dovrà avere il seguente oggetto: "Alunno Fragile - COGNOME ..... NOME ..... classe ..... sezione ..... sezione liceale....."

Si fa presente che le informazioni saranno trattate secondo normative privacy vigenti.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
*Emilia FRACELLA*

Alla Dirigente dell'IISS G. Galilei di Nardò

**OGGETTO:** comunicazione patologia –alunni fragili - CONTIENE DATI SENSIBILI

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

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

genitori dello studente \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_, Indirizzo liceale, \_\_\_\_\_ anno scolastico 2020-2021

SEGNALANO

a tutela della salute del proprio figlio\la, come da **certificato del proprio medico curante /pediatra** allegato,

la seguente patologia: \_\_\_\_\_

CHIEDONO

su indicazione del proprio medico/pediatra, che possano essere attivate le seguenti misure:

.....

Si forniscono i dati e il numero di contatto del proprio medico/pediatra:

\_\_\_\_\_

I sottoscritti si impegnano, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione.

Per qualsiasi informazione contattare il seguente numero telefonico: \_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori

(Madre) \_\_\_\_\_

(Padre) \_\_\_\_\_