



Ministero dell' Istruzione  
Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia  
**Istituto Comprensivo Statale "L. DA VINCI"**  
Via L. Da Vinci, 73 - 20812 Limbiate (MB) - tel. 02/99055908  
Cod. mecc. MBIC8GC002 – Codice Fiscale 83011180151 - [www.leolimbiate.edu.it](http://www.leolimbiate.edu.it)



Circolare n. 47

Al personale docente  
Ai genitori e agli alunni  
Scuola Secondaria  
Al sito web

Limbiate, 28 novembre 2020

**OGGETTO : Ripresa delle lezioni classi seconde e terze della Scuola Secondaria**

Facendo seguito all'Ordinanza del Ministero della Salute n. 20A06656 del 27.11 2020, con effetti dal 29 Novembre, che colloca la Regione Lombardia in zona arancione, e alla nota ministeriale dell'Ufficio Scolastico Regionale Lombardia prot. AOODRLO.R.U. 0030222 del 28.11.2020, si comunica che a partire da Lunedì 30.11.20 le Classi Seconde e le Classi Terze della Scuola Secondaria riprenderanno le lezioni in presenza.

Si rispetterà il consueto orario di inizio e fine delle lezioni, così come le disposizioni circa i varchi di accesso e gli scaglionamenti precedentemente osservati.

CLASSI	Entrata	Uscita
Prime	8:10	13:50
Seconde	7:50	13:30
Terze	8:00	13:40

Quale misura di prevenzione correlata allo stato emergenziale, chiediamo ai genitori di compilare e firmare il modello di Autocertificazione allegato alla presente o scaricabile dal sito della scuola, da consegnare all'ingresso, prima di accedere nei locali interni all'Edificio Scolastico.

**I genitori sono tenuti a mandare i ragazzi a scuola se non hanno avuto contatti stretti con soggetti positivi al Covid e sintomi negli ultimi 10 giorni; tale condizione sarà attestata tramite modello di autocertificazione che verrà fornito nella giornata di lunedì e potrà essere restituito al coordinatore di classe durante la settimana.**

Il Dirigente Scolastico

Dott. Salvatore Ciravolo

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai  
sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/1993

## Allegato alla Circ. n. 47

### **AUTODICHIARAZIONE RIENTRO A SCUOLA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

**chiede**

che il proprio figlio/a possa essere riammesso a scuola .

A tal fine

**dichiara che il/la proprio/a figlio/a**

- dal.....al.....non ha manifestato sintomatologia riconducibile a COVID 19

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- ✓ è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)dottor/ssa \_\_\_\_\_
- ✓ sono state seguite le indicazioni fornite
- ✓ l'alunno/anon presenta più sintomi da almeno 48 ore
- ✓ la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola non è superiore a 37.5 °C

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_