

SCUOLA PARITARIA DELL'INFANZIA E PRIMARIA  
"COOP. SOC. GEST. SCOL. P. G. B. TORNATORE" – ISTITUTO S. ANNA  
Via XXIV Maggio, n° 159 – 98122 Messina  
Tel. 090/53061 – email [coopgbtornatore@istitutosantannamesina.191.it](mailto:coopgbtornatore@istitutosantannamesina.191.it)  
[www.istitutosantannamesina.edu.it](http://www.istitutosantannamesina.edu.it)

Circ. prot. n. 37 del 01/12/2022

Alle famiglie degli alunni  
Al personale docente  
Al Sito web

**Oggetto:** Certificazione medica per assenza scolastica

La Circolare n. 26103 dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia in materia di certificazione medica per assenza scolastica in caso di patologia non riconducibile a Sars-Cov-2 specifica che nelle scuole della Regione Sicilia, fatte salve eventuali ulteriori richieste di misure di profilassi previste a livello nazionale/o internazionale, l'obbligo della presentazione della certificazione medica si applica solo per assenze di durata superiore a 10 giorni, venendo così meno la differenziazione tra Scuola dell'Infanzia e Scuola Primaria.

Si allega alla presente il modello di autocertificazione rientro a scuola per assenza scolastica, reperibile anche sul nostro sito web nella sezione Modulistica.

Si ringrazia per la consueta collaborazione.



La Coordinatrice Didattica  
della Scuola dell'Infanzia e Primaria  
Giuseppina Garufi

Alla Direzione  
Coop. Soc. Gest. Scol. PGB Tornatore  
c/o Istituto S. Anna - Messina

**OGGETTO:** Giustificazione assenze alunni Scuola dell'Infanzia e Primaria

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della  
Scuola dell'Infanzia/Primaria con la presente

**DICHIARA**

che l'assenza del/della proprio/a figlio/a alle attività scolastiche dal giorno  
\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ è stata causata da

**MOTIVI DI SALUTE** – Solo dopo il 10 giorno di assenza per motivi di salute (dal 11  
giorno compreso in poi), insieme alla dichiarazione si dovrà presentare il certificato medico.

**POSITIVITA' COVID 19** – insieme alla dichiarazione si dovrà presentare  
obbligatoriamente certificato di negatività test antigenico rapido.

**ALTRO** (specificare) \_\_\_\_\_

Cordiali saluti  
Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_