



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo Statale Lecco 2 "Don Giovanni Ticozzi"

Scuole Statali dell'infanzia – primaria – secondaria di I° grado

Via Mentana n. 48 – 23900 LECCO – Tel. 0341/495227 – Cod. Mec. LCIC82400T C.F. 92061410137

Codice Univoco per la Fatturazione elettronica UFY59S

E-mail: [lcic82400t@istruzione.it](mailto:lcic82400t@istruzione.it) Posta Certificata: [lcic82400t@pec.istruzione.it](mailto:lcic82400t@pec.istruzione.it) Sito Web: <http://www.icsdonticozzi.edu.it>

A tutte le famiglie alunni

OGGETTO: disposizioni infezioni da micosi

Comunico le seguenti disposizioni a cui è necessario attenersi nella eventualità che i propri figli abbiano contratto micosi.

Se non ci sono indicazioni diverse del pediatra, gli alunni con micosi possono venire a scuola a condizione che:

\_ le lesioni siano opportunamente coperte con cerotti/bende, il personale scolastico verifica tramite ispezione visiva e segnala alla famiglia, eventualmente rinvia a casa il bambino affinché la famiglia provveda a visita medica e/o copertura lesione;

\_ per la riammissione è necessaria autocertificazione del genitore che attesti l'ottemperanza alle indicazioni del pediatra/medico di fiducia, anche in relazione all'avvenuto eventuale trattamento.

Dal momento, che di norma, l'infezione si contrae dal contatto diretto con un individuo infetto, un animale, o per condivisione di oggetti/effetti personali contaminati (pettini, spazzole, asciugamani, indumenti, altro), nel caso in cui nei nuclei familiari interessati, fossero presenti animali domestici, si rende necessario effettuare un controllo veterinario. Infatti questi animali possono fungere da serbatoi, anche se apparentemente asintomatici, e ciò (apparente assenza di lesioni a carico dell'animale da affezione) potrebbe impropriamente dissuadere da effettuare apposito controllo.

Di seguito modello di autodichiarazione.

IL DIRIGENTE

Gianfranco Bonomi Boseggia

# Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la Sottoscritto/\_\_\_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n°

\_\_\_\_\_

genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

interessato da micosi sulla/e seguenti parti del corpo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

## DICHIARA

di aver fatto visitare proprio figlio dal medico pediatra/di famiglia e di aver ottemperato alle indicazioni ricevute, anche in relazione all'avvenuto trattamento.

Luogo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.