

Autodichiarazione per riammissione in classe Assenza per motivi NON sospetti per COVID-19

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 - Minori che frequentano comunità scolastiche/educative

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____

NOME _____

CF _____

residente in _____ (_____)

Via _____

Tel _____

Cell _____

e-mail _____

in qualità di _____

DEL MINORE

COGNOME _____

NOME _____

CF _____

Data di Nascita _____

Recapito telefonico _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che mio/a figlio/a si è assentato/a dal giorno al giorno per il seguente motivo:

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

ASSENZA NON LEGATI A MOTIVI DI SALUTE Dichiaro che l'assenza è dovuta a:

_____ e che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti **NON** ha avuto:

- SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
- DISSENTERIA
- CONGIUNTIVITE
- FORTE MAL DI TESTA
- ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
- AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
- DOLORI MUSCOLARI
- DISPNEA (DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA, AFFANNO)
- FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}$

- ASSENZA LEGATA A VIAGGI / SOGGIORNI ESTERI dichiaro di aver ottemperato per mio figlio/a alle regole per i viaggiatori previste dal Ministero della Salute.
- ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - in base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG), **NON LEGATA** a sintomatologia riconducibile a COVID19. Dichiaro che il minore è stato assente per motivi di salute e che, a seguito di contatto _____ con _____ il _____ PLS/MMG, Dott./Dott.ssa _____, lo/a stesso/a non ha ritenuto opportuno attivare un percorso diagnostico legato al COVID-19 ed ha fornito indicazione circa la data di ripresa delle attività scolastiche.
- ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - in base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG) **LEGATA** a un percorso diagnostico/terapeutico da COVID19. Allego attestazione medica con cui si certifica la fine del percorso diagnostico/terapeutico (“Attestazione di nulla osta all’ingresso o al rientro in comunità”, in caso di test diagnostico con esito positivo e attestazione del PLS/MMG che l’alunno può rientrare a scuola poiché è stato seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19).

E CHIEDO

quindi la riammissione alla frequenza scolastica.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Firma del genitore/tutore

Data _____
