



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO R. LAPORTA

05015 Fabro (TR) Piazzale F. Parri, 3 Tel. 0763/832044-839175
Cod. Mecc. TRIC815008 – E- Mail tric815008@istruzione.it C.F. 90009750556
E Mail cert. tric815008@pec.istruzione.it
Sito web: www.istfabro.edu.it

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA PER MALATTIA

Il/La sottoscritto/a

..... genitore
dell'alunno/

.....frequentante la
classe/sezione della scuoladi
.....

consapevole della responsabilità penale e degli effetti amministrativi in caso di dichiarazione mendace,

dichiara

- ☐ che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente da scuola per malattia dal
..... al , per un totale di
giorni
- ☐ di aver contattato il medico curante/pediatra dott
..... e di essermi attenuto alle sue
indicazioni per quanto riguarda la terapia e indicazioni
- ☐ che alla mia richiesta di emettere un certificato medico di riammissione il medico non ritiene
necessario redigere una certificazione in quanto non sussistono condizioni incompatibili con la
permanenza di mio/a figlio/a in comunità
- ☐ che alla data di riammissione non presenta sintomatologia riconducibile a Covid-19 quale:
- Febbre superiore a 37,5°C e/o tosse e rinite con difficoltà respiratoria;
 - Vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere);
 - Diarrea (tre o più scariche con feci liquide o semiliquide);
 - Perdita del gusto (in assenza di raffreddore);
 - Perdita dell'olfatto (in assenza di raffreddore)
- ☐ per quanto di nostra conoscenza non è stato a contatto con persone positive o in vigilanza
cautelativa

Firma

.....

I dati sopra indicati saranno trattati dall'istituzione scolastica nei limiti previsti dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia
di protezione dei dati personali)
(da consegnare ai docenti di sezione/classe)