

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO “F.LLI CERVI”**  Sede legale e direzione Via Monte Generoso   1. 20812 LIMBIATE (MB) - Tel. 0299097421- 029960677   C.F. 91132080150 COD.MIN. MBIC8GA00A cod. univoco  **UF5AEK**  [MBIC8GA00A@istruzione.it](mailto:MBIC8GA00A@istruzione.it) - [MBIC8GA00A@pec.istruzione.it](mailto:MBIC8GA00A@pec.istruzione.it) - sito: www.iccervilimbiate.gov.it | **logo definitivo** |

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER**

**MOTIVI NON RICONDUCIBILI A SINTOMATOLOGIA COVID 19**

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 collettività,

**chiede**

che il proprio figlio/a possa essere riammesso a scuola a seguito di assenza dal \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_.

A tal fine

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

1. è stato assente per motivi familiari e/o personali
2. è stato assente per motivi di salute non riconducibili a sintomatologia COVID 19
3. è stato assente per motivi di salute riconducibili a sintomatologia COVID 19
4. è stato assente perché sottoposto a quarantena fiduciaria

Nei casi 3 e 4 crocettare anche i seguenti punti:

* 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/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
* la temperatura misurata prima dell’avvio a scuola non è superiore a 37.5 °C

La presenta dichiarazione sostituisce la certificazione del medico per il rientro in classe soltanto nei casi in cui lo studente non sia stato inserito, dal DdP o da PLS/MMG, nel percorso COVID 19.

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

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