

## AUTODICHIARAZIONE GENITORIALE PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico Dell'Istituto Comprensivo Leonardo da Vinci di Misterbianco (CT)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a

\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione del COVID 19 per la tutela della collettività scolastica

### DICHIARA

- Che il proprio figlio/a è stato assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_ e può essere riammesso nella comunità educativa scolastica in quanto si è assentato per **MOTIVI FAMILIARI**
- Che per il proprio figlio/a è stata comunicata l'assenza a scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_ per **MOTIVI DI SALUTE** e che dopo aver contattato il PLS/MMG Dott. \_\_\_\_\_ può essere riammesso nella comunità educativa scolastica, in quanto il medico non ha ritenuto necessario sottoporre il paziente alla profilassi diagnostica terapeutica per COVID 19 come previsto dalla normativa vigente nazionale e regionale
- Che per il proprio figlio/a è stata comunicata l'assenza a scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_ a causa di malessere passeggero e che può essere riammesso nella comunità educativa scolastica in quanto nel periodo di assenza **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi da ipotetici casi SOSPETTI COVID 19:
- temperatura corporea superiore a 37,5°C
  - tosse
  - cefalea
  - sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
  - faringodinia
  - dispnea
  - mialgie
  - rinorrea/congestione nasale
  - brividi o difficoltà respiratorie
  - perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia)
  - diminuzione dell'olfatto (iposmia)
  - perdita del gusto (ageusia)
  - alterazione del gusto (disgeusia)

lì \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del Genitore o titolare della responsabilità genitoriale