(Da consegnare già compilato all’ingresso al docente di classe o sezione)

**AUTODICHIARAZIONE**

**ASSENZA ALUNNO/A DA SCUOLA-ATTESTAZIONE DEL GENITORE PER LA RIAMMISSIONE**

***(Giorni inferiori a quelli previsti dal DM 80/2020***

***e dalla circolare esplicativa dell’Assessorato della salute della Regione Siciliana del 24 settembre 2020)***

IL/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art 46 D.P.R. n.445\2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA**

* Che il proprio figlio/a è stato assente dal ............al ........... per giorni .......... ( non superiori a 10 giorni)e può essere riammesso a scuola poiché si è assentato per **MOTIVI FAMILIARI**
* Che il proprio figlio/a è stato assente dal....... al ......... per giorni .....(non superiori a 10 giorni) per problemi di salute, a seguito della richiesta della scuola in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , oppure non è stato assente, ma è stato contattato dal referente covid e, dopo aver contattato il Pediatra Dott può essere riammesso in classe poiché il medico non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico per Covid-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.
* Che il proprio figlio/a si è assentato\a dal\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_ per giorni\_\_\_\_\_ (NON SUPERIORI A 3 GIORNI) a causa di **malessere passeggero** e che può essere riammesso/a scuola per i seguenti motivi (barrare la lettera che interessa)

**C 1)** nel periodo di assenza **NON HA PRESENTATO** nessuno dei seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

Febbre (>37,5° C)

Tosse

Difficoltà respiratorie

Congiuntivite

Rinorrea/congestione nasale

Sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea)

Perdita/alterazione improvvisa del gusto(ageusia/disgeusia)

Perdita/diminuzione improvvisa dell’olfatto (anosmia/iposmia)

Mal di gola

Cefalea

Mialgia

OPPURE

 **C2)** ha contattato il Pediatra Dott

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data......................, e il medico non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico per Covid-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Camporeale, FIRMA DEL GENITORE/TUTORE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OPPURE**

 -------------------------------------------------------------------------------------------------

---------------------------------------------------------------------------------------------------

Camporeale,  FIRMA DEL GENITORE/TUTORE