Al Dirigente Scolastico

ISTITUTO COMPRENSIVO “G. DANTONI” – SCICLI

**AUTODICHIARAZIONE**

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

**(*GIORNI INFERIORI A QUELLI PREVISTI DAL REGOLAMENTO ANTICOVID*)**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di genitore/titolare della responsabilità genitoriale dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_, 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/la proprio/a iglio/a è stato/a assente dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per giorni\_\_\_\_\_, per problemi di salute, a seguito della richiesta della scuola in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e dopo aver contattato il pediatra/MMG 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/la proprio/a figlio/a è stato/a assente dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per giorni\_\_\_\_\_, a causa di malessere passeggero e che può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO i 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

Scicli, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del genitore/tutore

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