

Al Dirigente Scolastico
dell' I. C. S. "Colozza/Bonfiglio"
Palermo

(Da consegnare 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 _____

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 (barrare la lettera/ipotesi che interessa)

- A** 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**
- B** 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. _____, in data _____, 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.
- C** Che il proprio figlio/a si è assentato\a dal _____ al _____ per giorni _____ (NON SUPERIORI A 10 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

C 2) 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.

Palermo

Firma del genitore