**Al DIRIGENTE SCOLASTICO**

**dell’I.C. Lombardo Radice- Pappalardo**

**AUTODICHIARAZIONE RIENTRO A SCUOLA**

Bambini (Infanzia) assenti per periodi uguali o inferiori a 3 giorni

Alunni (Primaria e SS1) assenti per periodi uguali o inferiori a 10 giorni per motivi diversi da quelli di salute (motivi personali o di famiglia) o malattia diversa da sospetto Covid-19

Il sottoscritto, Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di genitore del minore Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la classe\_\_\_\_\_\_Sez. \_\_\_\_\_\_\_

□ Scuola dell’Infanzia Plesso [ ] Lombardo Radice [ ] Verga

□ Scuola Primaria Plesso [ ] Lombardo Radice [ ] Verga

□ Scuola Secondaria di I grado [ ] Pappalardo [ ] Medi

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall’art 76 del DPR 445/2000, per dichiarazioni false, falsità negli atti e l’uso di atti falsi e 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 propri\_ figli\_ è stat\_ assente dal \_ \_ / \_ \_ / 20\_ \_ al \_ \_ / \_ \_ / 20\_ \_ per complessivi n. \_ giorni:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Per motivi non collegati al proprio stato di salute (motivi personali, motivi di famiglia) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Per motivi di salute non riconducibili alla sintomatologia Covid-19 |

E inoltre dichiara che:

* Non presenta in data odierna e non ha presentato nei giorni precedenti sintomatologia respiratoria e/o febbre superiore a 37.5° C
* Non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, congiuntivite, sintomi gastrointestinali, mialgia (dolori muscolari).
* Non presenta in data odierna sintomi che conducano a qualsivoglia malattia che possa essere contagiata a scuola (in assenza di certificato medico inferiore ai 10 gg di assenza)

**In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il pediatra di famiglia/medici di medicina generale per le valutazioni cliniche e gli esami necessari prima della riammissione a scuola**

Castelvetrano, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede, nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_