****

**ISTITUTO COMPRENSIVO CORINALDO**

**con sedi staccate di Ostra Vetere e Castelleone di Suasa**

***Piazzale della Liberazione, 2 – 60013 CORINALDO (AN)***

*Codice Meccanografico* ***ANIC834008*** *– Codice Fiscale* ***92015290429***

 *Tel.* ***071.67161*** *- Fax* ***071.7978021*** *–**e-mail:* ***anic834008@istruzione.it*** **–** *sito*[***www.iccorinaldo.edu.it***](http://www.iccorinaldo.edu.it)

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

**ATTESTAZIONE DEL GENITORE PER LA RIAMMISSIONE**

Il **Genitore**

(il Responsabile della titolarità genitoriale) sottoscritto

Cognome Nome nato/a a , il e residente a

dell’**alunno/a**

Cognome Nome frequentante la classe sezione del plesso dell’Istituto Comprensivo Corinaldo,

# 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 a contrastare le malattie infettive respiratorie per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA**

# che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola, perché

* l’assenza è dovuta a **motivi diversi** dalla malattia (SPECIFICARE)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* l’assenza è dovuta a motivi legati alla malattia con sintomi **non compatibili** al COVID-19 (SPECIFICARE):

 valutati clinicamente dal pediatra di libera scelta dottore/dottoressa , cellulare ;

* ha presentato sintomi, infatti è stato riaccompagnato a casa durante lo svolgimento delle lezioni e poi valutato clinicamente dal pediatra di libera scelta dottore/dottoressa cellulare ; *(L’alunno/a rientra a scuola dopo che nei giorni precedenti* ***il genitore è stato chiamato da scuola durante le lezioni, perché il figlio o la figlia presentava sintomi sospetti.****)*
* essendo risultato/a **positivo/a** al Covid-19 con tampone molecolare o rapido effettuato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è stato poi

valutato clinicamente dal pediatra di libera scelta dottore/dottoressa

cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**si allega SCHEDA REGIME DI ISOLAMENTO\*\***)

# E DICHIARA ALTRESÌ CHE

* sono state rispettate le normative vigenti legate al COVID-19;
* nel giorno di rientro a scuola, anche nel caso di malattia, sussistono tutte le condizioni di salute del/della proprio/a figlio/a sancite nel sottoscritto Patto di Corresponsabilità depositato presso l’Istituto Comprensivo Corinaldo.

Corinaldo, lì

 Firma del familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno

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

\_