

**ISTITUTO COMPRESIVO CORINALDO**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA**

**(PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID  
inferiori a 3 giorni per l'infanzia  
e a 5 giorni per la primaria /secondaria di primo grado  
PER MOTIVI DIVERSI DALLA MALATTIA)**

Il genitore – (Il responsabile della titolarità genitoriale) sottoscritto

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

dell'alunno \_\_\_\_\_

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 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 propri \_ figli \_ può essere riammesso a scuola perché nel periodo di assenza:**

*(barrare e compilare:*

*Il primo punto se l'alunna/o è stato assente per meno o più di 3 giorni all'infanzia per più o meno di 5 giorni alla primaria e alla secondaria di primo grado **per motivi diversi dalla malattia.***

*Il secondo punto se l'alunna/o rientra a scuola dopo che nei giorni precedenti **il genitore è stato chiamato durante la lezione perché il figlio presentava sintomi sospetti.***

*Il terzo punto vale sempre per tutti gli studenti che entrano negli edifici scolastici, anche nel caso di quelli che sono stati assenti per malattia inferiore a 3 giorni nell'infanzia e a 5 giorni nella primaria /secondaria di primo grado)*

- non ha presentato sintomi di malattia e l'assenza è dovuta a motivi di \_\_\_\_\_
- ha presentato sintomi, infatti lo stesso è stato riaccompagnato a casa durante lo svolgimento delle lezioni e successivamente è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta dottor/ssa \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e la temperatura misurata a casa prima dell'avvio a scuola è pari a \_\_\_\_\_ gradi.

**E DICHIARA ALTRESÌ**

- che nel giorno di rientro a scuola, anche nel caso di malattia per un numero di giorni inferiori a 3 per l'infanzia e inferiori a 5 per la primaria e secondaria di primo grado, sussistono tutte le condizioni di salute del/della propri \_ figli \_ sancite nel sottoscritto Patto di Corresponsabilità firmato e depositato presso l'Istituto Comprensivo

DATA \_\_\_\_\_

Firma del familiare/ tutore/curatore/amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_