

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO AI SENSI DEL DPR 445/2000
(NEL CASO DI ASSENZA ANCHE SE PREVENTIVAMENTE COMUNICATA)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____
RESIDENTE IN _____ IN QUALITÀ DI GENITORE
ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE
DELL'ALUNNO/A _____ FREQUENTANTE LA CLASSE _____
DELLA SCUOLA:
dell'INFANZIA _____
PRIMARIA _____
SECONDARIA DI PRIMO GRADO _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL DPR 28/12/2000 N. 445
CONSAPEVOLE CHE I SINTOMI ASCRIVIBILI AL COVID 19 SONO:

FEBBRE UGUALE O SUPERIORE A 37.5°C, CEFALEA, SINTOMI GASTROINTESTINALI,
FARINGODINIA, DISPNEA, RINORREA, MIALGIA, TOSSE, PERDITA DI GUSTO O
DELL'OLFATTO, CONGIUNTIVITE

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE L'ALUNNO/A _____
ASSENTE PER MOTIVI:

FAMILIARI

DAL _____ AL _____, FA RIENTRO A SCUOLA E NON
PRESENTA SINTOMI ASCRIVIBILI A CONTAGIO DA COVID 19; NON È STATO/A IN
QUARANTENA O IN ISOLAMENTO DOMICILIARE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI; NON È
STATO/A IN CONTATTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI, PER QUANTO NELLE PROPRIE
CONOSCENZE, CON PERSONE POSITIVE AL COVID 19.

DI SALUTE

FA RIENTRO A SCUOLA DOPO AVER CONSULTATO IL PEDIATRA O MEDICO DI
FAMIGLIA E CHE I SINTOMI ACCUSATI IN DATA _____
DURANTE L'ORARIO SCOLASTICO O AL DI FUORI DELL'ORARIO SCOLASTICO
DAL _____ AL _____, NON SONO ASCRIVIBILI A CONTAGIO DA
COVID 19.

N.B. da usare per **breve assenze**, che non comportano la presentazione di certificato medico, per
motivi di famiglia (per i quali è opportuno preavvisare il coordinatore di classe) o per **motivi di
salute in assenza di sintomi COVID, PREVIO CONTATTO, IN OGNI MODO, CON IL
PEDIATRA o MEDICO di FAMIGLIA**

CASTIGLION FIORENTINO, il _____

FIRMA
