



ISTITUTO COMPRENSIVO "MUZIO CAPPELLETTI"- ALLERONA

Scuole dell'Infanzia – Primaria – Secondaria I grado
Via S. Abbondio n. 1 – 05011 Allerona (TR) - c.f. 90009740557
Tel. 0763/624116 - 0763/624486 – 0763/624497
Mail tric81700x@istruzione.it – PEC tric81700x@pec.istruzione.it
internet: www.icoallerona.edu.it

OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA ALUNNO/A CHE NON NECESSITA DI CERTIFICATO MEDICO.

I sottoscritti , _____ ----- _____
in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a _____ ,
frequentante la classe _____ sezione _____ della scuola Infanzia Primaria
Secondaria di I grado del Comune di _____

DICHIARANO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevoli delle sanzioni in caso di dichiarazioni mendaci, che il/la suddetto/a alunno/a non è affetto/a da malattie contagiose e diffuse in atto e sarà/è stato assente da Scuola dal _____ al _____ compresi, per complessivi giorni _____, per la seguente motivazione:

- Familiari
 Accertamenti diagnostici
 Altro (specificare) _____
 Evento morboso che il Pediatra o Medico di Medicina Generale ha ritenuto, previa consulenza, non riconducibile al contagio da Sars Cov – 2. Si ricorda a tal proposito che la consultazione del medico, nei casi di malattia, è un atto dovuto da parte del genitore.

In ogni modo, per una qualsiasi delle evenienze sopra descritte dichiarano che IL PROPRIO FIGLIO/A NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID-19 ovvero:

- Febbre superiore a 37,5°C e/o tosse e rinite con difficoltà respiratoria;
- vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere);
- diarrea (tre o più scariche con feci liquide o semiliquide);
- perdita del gusto (in assenza di raffreddore);
- perdita dell'olfatto (in assenza di raffreddore)

Qualora, invece, l'assenza sia stata dovuta a motivi di salute con sintomatologia potenzialmente compatibile con infezione da Covid-19, ma sia di durata inferiore ai tre giorni dichiarano di aver comunque consultato il Pediatra o Medico di medicina generale e di aver concordato con lo stesso la non necessità di ulteriori accertamenti, l'eventuale percorso terapeutico e la possibilità di rientro a scuola per esaurimento della sintomatologia.

Luogo e data, _____

FIRMA di entrambi i genitori _____

Apporre una crocetta sulla voce seguente **solo se è un solo genitore a firmare la dichiarazione**

Consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiaro che la presente informativa è firmata da un solo genitore perché genitore unico ovvero, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del C.C. che richiedono il consenso di entrambi i genitori, autorizzato alla presente firma dall'altro genitore esercente la potestà genitoriale.

=====

SPAZIO RISERVATO ALLA SCUOLA

Acquisito dal docente di classe/coordinatore di classe in data _____

Firma del docente di classe/coordinatore di classe _____