

AUTODICHIARAZIONE VALEVOLE COME GIUSTIFICA DELL'ASSENZA

Resa ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nel ruolo di Genitore/di esercente patria potestà

-consapevole di tutte le conseguenze, civili e penali, previste in caso di dichiarazioni false, dal DPR 445/2000 ai sensi e per gli effetti del quale viene resa la presente *Autodichiarazione*;

-consapevole dell'importanza del rispetto delle misure finalizzate al contrasto della diffusione del Covid-19 per la tutela della salute del figlio/a e di tutta la collettività, ribadite nel *Patto Educativo di Corresponsabilità*;

GIUSTIFICA L'ASSENZA E CHIEDE LA RIAMMISSIONE A SCUOLA

dell'alunno/a _____ Sezione _____

ASSENTE DAL GIORNO ____/____/____ AL GIORNO ____/____/____

PER MOTIVI mettere una **X** sull'opzione scelta:

DI SALUTE NON COLLEGATI ALLA PATOLOGIA COVID-19

il rientro nella struttura scolastica avviene per guarigione e sotto la mia unica responsabilità. Non ho ritenuto opportuno contattare il medico di base/pediatra poiché si è trattato di un malessere lieve.

DI SALUTE NON COLLEGATI ALLA PATOLOGIA COVID-19

il rientro nella struttura scolastica avviene per guarigione, sotto la mia responsabilità e con il parere favorevole del medico di base/pediatra dott./dott.ssa _____

DI SALUTE con effettuazione di TAMPONE con esito NEGATIVO

il rientro nella struttura scolastica avviene per guarigione come risulta dal certificato del medico di base/pediatra dott./dott.ssa _____ che allego alla presente.

DI SALUTE con effettuazione di TAMPONE con esito POSITIVO

il rientro nella struttura scolastica avviene per guarigione, come risulta dall' attestato dell'ATS che allego alla presente.

RIENTRO IN SEGUITO A QUARANTENA IMPOSTA DA ATS

il rientro nella struttura scolastica avviene con effettuazione di TAMPONE con ESITO NEGATIVO, come risulta dal certificato del medico di base/pediatra dott./dott.ssa _____ che allego alla presente.

RIENTRO IN SEGUITO A QUARANTENA IMPOSTA DA ATS

il rientro nella struttura scolastica avviene senza effettuazione di TAMPONE, con il parere favorevole del medico di base/pediatra dott./dott.ssa _____ parere che dichiaro sotto la mia responsabilità.

NON DI SALUTE, MA FAMILIARI/PERSONALI

e precisamente per: _____

In fede.

firma: _____

luogo e data: _____