

## **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**

il rientro nella struttura scolastica avviene per guarigione, come risulta dal **certificato** del medico **oppure** dal **referto** del tampone che allego alla presente.

**RIENTRO IN SEGUITO A QUARANTENA (domiciliare o scolastica) IMPOSTA DA ATS**

il rientro nella struttura scolastica avviene trascorsi 10 giorni con effettuazione di TAMPONE CON ESITO NEGATIVO, come risulta dal **certificato** del medico **oppure dal referto** del tampone che allego alla presente.

**RIENTRO IN SEGUITO A QUARANTENA (domiciliare o scolastica) IMPOSTA DA ATS**

il rientro nella struttura scolastica avviene **trascorsi 14 giorni in assenza di sintomi** E 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: \_\_\_\_\_