



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "D. ALIGHIERI"
72029 VILLA CASTELLI (BR)

Via Friuli Venezia Giulia, 1 –Tel. 0831 866014 – cod. fisc. 91066880740

<http://www.icsdantealighieri.edu.it> - E-mail: bric80800c@istruzione.gov.it - PEC: bric80800c@pec.istruzione.it

AUTODICHIARAZIONE

ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

(per tutti gli ordini di scuola, da compilare anche solo per 1 giorno di assenza e consegnare al docente della prima ora)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____, e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a

_____ nato/a a _____

il _____, iscritto e frequentante nell'a. s. 20...../20..... la classe ____ sez. ____ di scuola

Infanzia	<input type="checkbox"/> COLLODI	<input type="checkbox"/> RODARI	<input type="checkbox"/> DELEDDA
Primaria	<input type="checkbox"/> DON MILANI	<input type="checkbox"/> M. T. DI CALCUTTA	
Sec. 1° grado	<input type="checkbox"/> DANTE ALIGHIERI		

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 la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dal _____ al _____ dallo stesso

NON HA PRESENTATO SINTOMI (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)

HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)

dottor/ssa _____

sono state seguite le indicazioni fornite

il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore

la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

VILLA CASTELLI, _____

Firma del dichiarante
