

OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE PER ASSENZA ALUNNO/A

IL/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ in Via _____ in qualità di genitore o titolare della
responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____ frequentante la
classe/sezione _____ della scuola _____ (Infanzia/Primaria/secondaria di I Grado)

DICHIARA

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione dell'epidemia di SARS-COV2 per la tutela della salute della collettività, che:

SPUNTARE LA SEZIONE DI INTERESSE

ASSENZA PER MOTIVI DIVERSI DA QUELI DI SALUTE/MALATTIA

l'assenza da scuola dal _____ al _____ del proprio figlio/a – tutelato/a

è stata determinata da motivi NON RICONDUCEBILI A MOTIVI DI SALUTE/MALATTIA e chiede, pertanto, la riammissione a scuola.

ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE/MALATTIA NON RICONDUCEBILI A COVID-19 NON SUPERIORI A 3 GIORNI PER BAMBINI FINO A 6 ANNI E NON SUPERIORE A 10 GIORNI PER BAMBINI DI ETA' MAGGIORE DI 6 ANNI

ha sentito in data _____ il Pediatra di Libera Scelta (PLS) / Medico di Medicina Generale (MMG) Dott. _____ secondo quanto previsto dal Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità n. 58/2020 – "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di Sars-Cov2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia", della Circolare del Ministero della Salute prot. n. 30847 del 24/09/2020 e della Circolare esplicativa prot. n. 33108 del 24/09/2020 dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana e che, alla luce di quanto indicato dal PLS/MMG:

l'assenza da scuola dal _____ al _____ del proprio figlio/a – tutelato/a

è stata determinata da motivi di SALUTE/MALATTIA NON RICONDUCEBILI A COVID-19 e chiede, pertanto, la riammissione a scuola.

ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE/MALATTIA SUPERIORI A 3 GIORNI PER BAMBINI FINO A 6 ANNI E SUPERIORE A 10 GIORNI PER BAMBINI DI ETA' MAGGIORE DI 6 ANNI.

l'assenza da scuola dal _____ al _____ del proprio figlio/a – tutelato/a

è stata determinata da motivi di SALUTE/MALATTIA e chiede, pertanto la riammissione a scuola.

Allega certificato medico di nulla osta al rientro a scuola.

Luogo e data _____, _____

FIRMA

(Il Genitore/Titolare della responsabilità genitoriale)

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

La presente dichiarazione deve essere esibita al collaboratore scolastico e/o al/la docente lo stesso giorno del rientro dell'alunno/a