

La seguente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV ed è utilizzata come **GIUSTIFICAZIONE DELL'ASSENZA**.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)

il ____/____/____, genitore dell'Alunno/a _____ Classe/sezione _____

Scuola _____, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 46 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

(barrare la scelta che interessa con X)

che, **a seguito dei sintomi riconducibili a COVID-19**, manifestati dal proprio/a figlio/a in orario scolastico in data _____ **con contestuale riconsegna alla famiglia**, ha contattato il Pediatra di libera Scelta/Medico di Medicina Generale in data _____, ottemperando a quanto previsto dal punto 2.1.1 delle "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai SARS-CoV- nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia" (Rapporto ISS Covid-19 n. 58/2020 pubblicato il 21/08/2020).

che il/la proprio/a figlio/a è stato **assente** dalle lezioni dal _____ al _____ (gg ____)
per malattia presentando sintomi riconducibili a COVID-19 e che ha contattato il Pediatra di libera Scelta/Medico di Medicina Generale in data _____, ottemperando a quanto previsto dal punto 2.1.1 delle "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai SARS-CoV- nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia" (Rapporto ISS Covid-19 n. 58/2020 pubblicato il 21/08/2020).

che il/la proprio/a figlio/a è stato **assente** dalle lezioni dal _____ al _____ (gg ____)
per malattia ma non ha presentato sintomi riconducibili a COVID-19.

SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID-19:

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).

che il/la proprio/a figlio/a è stato **assente** dalle lezioni dal _____ al _____ (gg ____)
per motivi familiari o personali

*** Per le scuole dell'Infanzia, dopo tre giorni di assenza (esclusi festivi) con sintomi riconducibili a COVID-19 è necessario presentare CERTIFICATO MEDICO.**

Data _____

Firma leggibile del genitore (o dell'alunno maggiorenne)
