

(Da consegnare all'ingresso al docente di classe o sezione)

AUTODICHIARAZIONE

ASSENZA ALUNNO/A DA SCUOLA-ATTESTAZIONE DEL GENITORE PER LA RIAMMISSIONE (*Giorni inferiori a quelli previsti dal DM 80/2020 e dalla circolare esplicativa dell'Assessorato della salute della Regione Siciliana del 24 settembre 2020*)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. (\_\_\_\_\_) e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in qualità di genitore (o  
titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ frequentante la classe  
\_\_\_\_\_ di Scuola (indicare Infanzia/Primaria/Secondaria I grado): \_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art 46 D.P.R. n.445/2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA (barrare la lettera/ipotesi che interessa)

A. Che il proprio figlio/a è stato/a assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_\_ (NON SUPERIORI A 10 GIORNI) e può essere riammesso a scuola poiché si è assentato per **MOTIVI FAMILIARI**

B. Che il proprio/a figlio/a non frequenterà le lezioni dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. Che il proprio figlio/a si è assentato/a dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_\_ e che può essere riammesso/a a scuola e (N.B. indicare anche una tra le circostanze C1 e C2)

C 1) nel periodo di assenza **NON HA PRESENTATO** nessuno dei seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- Febbre (>37,5° C)
- Tosse
- Difficoltà respiratorie
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea)
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto(ageusia/disgeusia)
- Perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- Mal di gola
- Cefalea
- Mialgia

**OPPURE**

C 2) Ha contattato il pediatra Dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ ed il medico non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Palermo, \_\_\_\_\_

Firma del genitore  
\_\_\_\_\_