

AUTODICHIARAZIONE
VALEVOLE COME GIUSTIFICA DELL'ASSENZA DALLE LEZIONI
Resa ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore oppure esercente la 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 proprio figlio/a e di tutta la comunità scolastica di appartenenza, ribadite nel *Patto Educativo di Corresponsabilità* relativo al corrente a.s. 2021-2022;

GIUSTIFICA L'ASSENZA E CHIEDE LA RIAMMISSIONE ALLE LEZIONI

dell'Alunno/a _____ Scuola _____

Plesso di _____ Classe o Sezione _____

ASSENTE DAL GIORNO ____/____/____ AL GIORNO ____/____/____

PER MOTIVI (mettere una **X** sul motivo che si dichiara):

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 7 o 10 giorni (a seconda se si è o no vaccinati) 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: _____