

ALLEGATO 1

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
(SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO)**

MODELLO ASSENZE PER MALATTIA BREVE / ALTRI MOTIVI

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

CF _____ residente in _____ (____)

Via _____ Tel /Cell _____

e-mail _____

in qualità di genitore/tutore legale **DEL MINORE**

COGNOME _____ NOME _____

FREQUENTANTE QUESTO ISTITUTO Classe _____ Sezione _____

Assente dal _____ al _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Assenza per malattia (breve – non superiore a 3 gg per l'infanzia; non superiore a 10 gg per la Primaria e la Secondaria)

- Di essersi recato dal proprio pediatra e che nulla ha avuto riferito circa la necessità di adozione di misure previste dalla normativa COVID-19
- Di non essere a conoscenza d'aver avuto contatti con persone con COVID 19 o per le quali sono adottate, dallanormativa vigente d'emergenza, particolari protocollo e/o limitazioni
- Di non essere stato in quarantena o in isolamento, volontario o d'ufficio, negli ultimi 14 giorni

Assenza per altri motivi:

- Che il /la proprio/a figlio/a è stata assente per motivi non collegati al proprio stato di salute

Compilare solo in caso di richiesta da parte degli organi competenti di vigilanza sanitaria:

- Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone nel caso in cui lo stesso sia stato effettuato;
- Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone;
- Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del doppio tampone;
- Di essere risultato negativizzato, a seguito dell'adozione del protocollo di controllo, e che, come da certificato rilasciato dall'ASL, che si allega in copia, può essere ri ammesso in classe.

DICHIARA ALTRESI' (BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI):

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso a scuola ha goduto di ottima salute
- Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

Data

Firma del dichiarante

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

***Si allega copia del documento di riconoscimento del dichiarante (allegare solo la prima volta).**