



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "DON MILANI-SALA"

Via Fiume Neto snc, Località Santo Janni- 88100 – Catanzaro Tel. e Fax 0961/753118

C.M. CZIC856002 –C.F.97061290793

czic856002@istruzione.it - czic856002@pec.istruzione.it

web: www.icdonmilanicz.edu.it

(MODULO B)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

IC "DON MILANI SALA"

CATANZARO

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO/A PER ASSENZE PROLUNGATE FINO A 3 GIORNI (SCUOLA DELL'INFANZIA) E FINO A 5 GIORNI (SCUOLA PRIMARIA E SEC. I GRADO)

Il/la sottoscritto/a nato/a a..... ilresidente in _____ C.F. _____
in qualità di genitore (o tutore legale) di _____ frequentante
la classe _____ Plesso _____ ASSENTE dal _____
al _____

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR N. 445/200 (normativa vigente in materia di dichiarazioni mendaci):

Barrare la voce che interessa

- che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente per motivi familiari;
- di aver sentito il Pediatra di famiglia/Medico di medicina Generale dott. _____ che non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;
- Durante i giorni di assenza (fino a 3 gg per la SCUOLA INFANZIA e fino a 5gg per la scuola primaria/secondaria primo grado) non si sono manifestati sintomi* compatibili con COVID-19.

Chiede pertanto la riammissione a scuola.

Data.....

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

*elenco non esaustivo dei sintomi: febbre superiore a 37,5°C, tosse, difficoltà respiratoria, 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, mialgie