# Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo “L. Sciascia”

# di Scoglitti

**AUTODICHIARAZIONE**

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

**ASSENZA ALUNNO\A DA SCUOLA‐ ATTESTAZIONE DEL GENITORE PER LA RIAMMISSIONE**

**IL/la sottoscritto/a**

**nato/a a**

**e residente in in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)**

**dell'alunno/a**

**nato/a a il ,frequentante la classe/sezione**

**scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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

* Che il proprio figlio/a è stato assente dal al per giorni e può essere riammesso a scuola poiché si è assentato per **MOTIVI FAMILIARI**
* Che il proprio figlio è stato assente dal al per giorni per **MOTIVI DI SALUTE**, di avere contattato il Pediatra/ MMG Dott e che nei 14 giorni precedenti tale assenza NON HA PRESENTATO i 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

*In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.*

Scoglitti,data

Firma del genitore