*Al Dirigente Scolastico*

*Dell’I.I.S.S. “G. Carducci “ Comiso*

***AUTODICHIARAZIONE-GIUSTIFICAZIONE***

|  |
| --- |
| **ASSENZA ALUNNO/A DA SCUOLA –ATTESTAZIONE DEL GENITORE PER LA RIAMMISSIONE** **(GIORNI INFERIORI A QUELLI PREVISTI DAL REGOLAMENTO ANTICOVID)** |

Alunno minorenne

|  |
| --- |
| Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ in qualità di genitore/tutori affidatari dell’alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Alunno maggiorenne

|  |
| --- |
| L’alunno maggiorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 DPR n. 445/2000 e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzioni 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 ammesso a scuola perché si è assentato per **MOTIVI DI FAMIGLIA.**
* Che il proprio figlio/a è stato assente dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per giorni\_\_\_\_ **PER PROBLEMI DI SALUTE A SEGUITO DELLA RICHIESTA DELLA SCUOLA** in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e dopo aver contattato il MMG (medico di medicina generale) dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ può essere riammesso in classe, poiché il medico non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico per COVID-19 come disposto dalla normativa nazionale e regionale.
* Che il proprio figlio/a è stato assente dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per giorni\_\_\_\_ a **causa di malessere** e che può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

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

Comiso, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma