### Al Dirigente Scolastico

### Direzione Didattica 2° circolo

### Castrovillari

**AUTODICHIARAZIONE**

**Rientro a scuola senza certificazione medica dopo assenza non superiore a 5 gg.**

La/il sottoscritta/o, (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ , C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliata/o a (Comune) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_,

alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento:

Tipo di documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rilasciato da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Valido sino al \_ \_ / \_ \_ / 202 \_

In qualità di genitore dell’alunna/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in occasione del rientro dell’alunna/o dopo un periodo di assenza non superiore a 5 gg. e

* **senza aver manifestato sintomi riconducibili a sospetta infezione da Covid-19**
* **dopo che la/il propria/o figlia/o ha manifestato sintomi riconducibili a sospetta infezione da Covid-19 a scuola**
* **dopo che la/il propria/o figlia/o ha manifestato sintomi riconducibili a sospetta infezione da Covid-19 a casa**

**DICHIARA**

*ai sensi dell’art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dai successivi artt. 75 e 76, in caso di false dichiarazioni:*

* che il proprio figlio non manifesta alcun sintomo da almeno 24 ore;
* che la temperatura misurata prima dell’entrata a scuola è di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gradi centigradi;
* di aver consultato il pediatra di libera scelta/medico di famiglia, dott.ssa/dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la valutazione dello stato di salute, il quale ha riferito alla famiglia che non sono presenti sintomi riconducibili al Covid-19 (**obbligatorio se l’alunno ha manifestato sintomi a casa o a scuola, e a seguito dei quali è stato fatto rientrare al proprio domicilio**);

e richiede, pertanto, la sua riammissione a scuola.

***La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l’emergenza pandemica da Covid-19.***

Castrovillari, \_ \_ / \_ \_ / 2020 **Firma leggibile**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_