



ISTITUTO COMPRENSIVO "MUZIO CAPPELLETTI" - ALLERONA

Scuole dell'Infanzia – Primaria – Secondaria I grado
Via S. Abbondio n. 1 – 05011 Allerona (TR) - c.f. 90009740557
Tel. 0763/624116 - 0763/624486 – 0763/624497
Mail tric81700x@istruzione.it – PEC tric81700x@pec.istruzione.it
Internet: www.icallerona.edu.it

OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA/USCITA ALUNNO/A CHE NON NECESSITA DI CERTIFICATO MEDICO.

I sottoscritti, _____ ----- _____ in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____ sezione _____ della scuola [] Infanzia [] Primaria [] Secondaria I grado del Comune di _____

DICHIARANO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevoli delle sanzioni in caso di dichiarazioni mendaci, che il/la suddetto/a alunno/a non è affetto/a da malattie contagiose e diffuse in atto, ha rispettato quanto previsto dalla normativa vigente in tema di prevenzione sanitaria e sarà/è stato assente da Scuola dal _____ al _____ compresi, per complessivi giorni _____, per la seguente motivazione:

- Familiari
 Accertamenti diagnostici
 Altro (specificare) _____
 Evento morboso che il Pediatra o Medico di Medicina Generale ha ritenuto, previa consulenza, non riconducibile al contagio da Sars Cov – 2. Si ricorda a tal proposito che la consultazione del medico, nei casi di malattia, è un atto dovuto da parte del genitore.

In ogni modo, per una qualsiasi delle evenienze sopra descritte dichiarano

- che IL PROPRIO FIGLIO/A NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCEBILI A COVID-19 ovvero:

Febbre superiore a 37,5°C e/o tosse e rinite con difficoltà respiratoria;
vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere);
diarrea (tre o più scariche con feci liquide o semiliquide);
perdita del gusto (in assenza di raffreddore);
perdita dell'olfatto (in assenza di raffreddore)

- che, qualora si rientri dall'estero o da zone soggette a restrizioni, secondo gli elenchi a [normativa vigente](#), si sia scrupolosamente seguita la profilassi o la quarantena eventualmente prescritta.

Qualora, invece, **l'assenza sia stata dovuta a motivi di salute con sintomatologia potenzialmente compatibile con infezione da Covid-19**, ma sia di durata inferiore ai tre giorni dichiarano di aver comunque consultato il Pediatra o Medico di medicina generale e di aver concordato con lo stesso la non necessità di ulteriori accertamenti, l'eventuale percorso terapeutico e la possibilità di rientro a scuola per esaurimento della sintomatologia.

Qualora, infine, **il minore sia uscito da Scuola per sintomatologia potenzialmente compatibile con infezione da Covid-19**, dichiarano di aver comunque consultato il Pediatra o Medico di medicina generale e di aver concordato con lo stesso la non necessità di ulteriori accertamenti, l'eventuale percorso terapeutico e la possibilità di rientro a scuola.

Luogo e data, _____

FIRMA di entrambi i genitori o del solo genitore collocatario _____

=====

SPAZIO RISERVATO ALLA SCUOLA

Acquisito dal docente di classe/coordinatore di classe in data _____

Firma del docente di classe/coordinatore di classe _____