

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO AI SENSI DEL DPR 445/2000
(NEL CASO DI ASSENZA ANCHE SE PREVENTIVAMENTE COMUNICATA)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____
RESIDENTE IN _____ IN QUALITA' DI GENITORE – ESERCENTE LA
RESPONSABILITA' GENITORIALE DELL'ALUNNO/A _____ FREQUENTANTE LA
CLASSE _____ DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI PRIMO GRADO
(tagliare le voci che non interessano) DEL PLESSO DI _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL DPR 28/12/2000 N. 445

CONSAPEVOLE CHE I SINTOMI ASCRIVIBILI AL COVID 19 SONO:

FEBBRE UGUALE O SUPERIORE A 37.5°C, CEFALEA, SINTOMI GASTROINTESTINALI, FARINGODINIA,
DISPNEA, RINORREA, MIALGIA, TOSSE, PERDITA DI GUSTO O DELL'OLFATTO, CONGIUNTIVITE

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

CHE L'ALUNNO/A _____ ASSENTE PER MOTIVI

FAMILIARI

DAL _____ AL _____, FA RIENTRO A SCUOLA E NON PRESENTA SINTOMI
ASCRIVIBILI A CONTAGIO DA COVID 19; NON È STATO/A IN QUARANTENA O IN ISOLAMENTO
DOMICILIARE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI; NON È STATO/A IN CONTATTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI,
PER QUANTO NELLE PROPRIE CONOSCENZE, CON PERSONE POSITIVE AL COVID 19

DI SALUTE

FA RIENTRO A SCUOLA DOPO AVER CONSULTATO IL PEDIATRA O MEDICO DI FAMIGLIA E CHE I
SINTOMI ACCUSATI IN DATA _____ DURANTE L'ORARIO SCOLASTICO O
AL DI FUORI DELL'ORARIO SCOLASTICO DAL _____ AL _____, NON SONO
ASCRIVIBILI A CONTAGIO DA COVID 19.

DATA _____

FIRMA
