

Autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 3 o 5 giorni
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
CF _____ residente in _____ (_____)
Via _____ Tel _____
Cell _____ e-mail _____
in qualità di genitore

DEL MINORE

COGNOME _____ NOME _____
FREQUENTANTE QUESTO ISTITUTO Classe ____ Sezione ____
Assente dal _____ al _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000

DICHIARA

Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino

Che il pediatra/medico di medicina generale dr/dr.ssa -

_____ **previo**

- consulto telefonico**
- visita medica**

ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica

- Di non essere a conoscenza d'aver avuto contatti con persone con COVID 19 o per le quali sono adottate, dalla normativa vigente d'emergenza, particolari protocollo e/o limitazioni;
- Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi riferibili a COVID - 19

In caso di richiesta da parte degli organi competenti di vigilanza sanitaria:

- Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone nel caso in cui lo stesso sia stato effettuato;
- Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone;

- Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del doppio tampone;
- Di essere risultato negativizzato, a seguito dell'adozione del protocollo di controllo, e che, come da certificato rilasciato dall'ASL, che si allega in copia, può essere riammesso in classe.

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso a scuola ha goduto di ottima salute
- Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

lì _____

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.