

**Al Sig Dirigente Scolastico
del IPS Principi Grimaldi di Modica**

(da consegnare all'Ingresso al docente di classe in prima ora)

AUTODICHIARAZIONE

**ASSENZA ALUNNO\A DA SCUOLA-ATTESTAZIONE (DEL GENITORE) PER LA RIAMMISSIONE
E AUTOCERTIFICAZIONE PERIODICA COVID
(Artt. 46 e 47 del D.P.R..445 del 28/12/2000)**

__l__ sottoscritt__ _____, nat__ a _____
il __/__/____, residente a _____ via _____
_____, cell _____ con documento di
riconoscimento _____ n. _____ rilasciato dal
_____ in corso di validità,

[] genitore dell'alunn__ minorenn__ _____ classe _____

oppure

[] alunn__ maggiorenne frequentante la classe _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art 495 c.p.), ei sensi e per gli effetti dell'Art 46 D.P.R. n.445\2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per le tutele della salute delle collettività,

DICHIARA

A Di essere (*alunno maggiorenne*) o che il proprio figlio/a è (*alunno minorenn*) stato assente dal _____ al _____ per giorni _____ e può essere riammesso a scuole poiché si é assentato per MOTIVI FAMILIARI

B Di essere (*alunno maggiorenne*) o che il proprio figlio/a è (*alunno minorenn*) stato assente dal _____ al _____ per giorni _____ per problemi di salute, e dopo aver contattato il MMG Dott. _____ (tel. _____) può essere riammesso in classe poiché il medico non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico per Covid-19 come disposto da normativa nazionale e regionale

C Di essere (*alunno maggiorenne*) o che il proprio figlio/a è (*alunno minorenn*) stato assente dal _____ al _____ per giorni _____ a cause di malessere passeggero e che può essere riammesso/a scuola poiché nel periodo di assenza NON MA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

- Febbre (>37.5* C)
- Tosse
- Difficoltà respiratorie
- Congiuntivite
- Rinorrea, congestione nasale
- Sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea)
- Perdita o alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- Perdita/Diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- Mal di gola
- Cefalea
- Mialgia (dolori muscolari)

DICHIARA ALTRESÌ

- di essere a conoscenza degli obblighi previsti dal Patto Educativo di corresponsabilità scuola-famiglia;
- di non aver rilevato nei tre giorni precedenti alla compilazione di questo documento una temperatura corporea propria (*alunno/a maggiorenne*) o del/lla proprio/a figlio/a (*alunno/a minorenn*) superiore a 37,5°C e di provvedere quotidianamente alla rilevazione della temperatura corporea propria (*alunno maggiorenne*) o del/lla proprio/a figlio/a (*alunno/a minorenn*) avendo cura rimanere al domicilio se essa fosse superiore a 37,5°C;
- di non essere sottoposta/o (*alunno/a maggiorenne*) o che il/la proprio/a figlio/a (*alunno/a minorenn*) non è sottoposta/o attualmente alla misura della quarantena o dell’isolamento fiduciario con sorveglianza sanitaria ai sensi della normativa in vigore;
- di non avere familiari conviventi risultati positivi al COVID-19;
- di non essere stato/a (*alunno/a maggiorenne*) o che il/la proprio/a figlio/a (*alunno/a minorenn*) non è stato/a negli ultimi 14 giorni a contatto stretto con in soggetto positivo al COVID-19
- di non essere stato/a (*alunno/a maggiorenne*) o che il/la proprio/a figlio/a (*alunno/a minorenn*) non è stato/a negli ultimi 14 giorni in un paese definito “a rischio” o in una zona rossa istituita dalle autorità competenti;
- di aver compreso e rispettare tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento di Istituto e nelle sue integrazioni e nel DVR e nelle sue integrazioni.
- di essere a conoscenza che il mancato rispetto delle disposizioni impartite dal dirigente scolastico nonché delle indicazioni contenute nel regolamento, comporta l’immediato allontanamento dalla struttura scolastica.

Data __/__/_____

Firma del dichiarante
