**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/200**

**Assenze inferiori ai giorni per cui non è previsto il certificato medico (es. malattia non riconducibile al COVID 19, lutti, altro) Assenze superiori per cui è previsto il certificato medico, ma trattasi di altre motivazioni non riconducibili al COVID 19 (quali ad esempio concorsi, viaggi, settimana bianca ecc.)**

La sottoscritta (madre/tutrice/affidataria) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto (padre/tutore/affidatario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

esercenti la responsabilità genitoriale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola [ ] dell’infanzia [ ] primaria [ ] secondaria di I grado, plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Istituto Comprensivo Pasquale Tola di Sassari, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.), sotto la propria responsabilità, e consapevoli dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla   
diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARANO

che il proprio figlio/a può essere riammesso a scuola poiché, nel periodo di assenza lo stesso   
  
NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19   
- FEBBRE (maggiore di 37°C) - TOSSE - DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA -CONGIUNTIVITE   
- RINORREA/CONGESTIONE NASALE - SINTOMI GASTROINTESTINALE (NAUSEA, VOMITO, DIARREA)   
- PERDITA/ALTERAZIONE IMPROVVISA DEL GUSTO(AGEUSIA/DISGEUSIA)   
- MAL DI GOLA   
- CEFALEA   
- MIALGIA

MOTIVAZIONE DELL’ASSENZA

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

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre/tutrice/affidataria (esercente la responsabilità genitoriale)

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

Firma padre/tutore/affidatario (esercente la responsabilità genitoriale)

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