



Unione Europea



Repubblica Italiana

## “ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE”

### PRAIA A MARE

Via Verdi n. 40 – Tel. Fax 0985/72106 – C.F. 96031260787

[csic8au004@istruzione.it](mailto:csic8au004@istruzione.it) - [csic8au004@pec.istruzione.it](mailto:csic8au004@pec.istruzione.it) - [www.icpraia.edu.it](http://www.icpraia.edu.it)

### Modulo B

### **Autodichiarazione**

-Rientro a scuola di Bambini /Alunni assenti periodi superiore a 6 (sei) giorni, per motivi di famiglia o di salute non inerenti al Covid-19

-Rientro a scuola di Bambini /Alunni per assenze di lunga durata per motivi di famiglia o altri motivi non di salute, concordate preventivamente con l'istituto scolastico.

Il/La sottoscritto/a, Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

In qualità di genitore del minore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ del Plesso \_\_\_\_\_ di questo istituto, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art 76 del DPR 445/2000, per dichiarazioni false, falsità negli atti e l'uso di atti falsi

### **Dichiara**

Che il/la proprio/a figlio/a è stato/a assente nel/i giorno/i \_\_\_\_\_ per

<input type="checkbox"/>	Per motivi non collegati al proprio stato di salute
<input type="checkbox"/>	Per motivi di salute non riconducibili alla sintomatologia Covid-19

E dichiara inoltre che il proprio/a figlio/a

<input type="checkbox"/>	Non presenta in data odierna e non ha presentato nei giorni precedenti sintomatologia respiratoria e/o febbre superiore a 37.5° C
<input type="checkbox"/>	Non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia(stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto.
<input type="checkbox"/>	Non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni
<input type="checkbox"/>	Non è stato in contatto con persone positive, per quanto di mia conoscenza, negli ultimi 14 giorni e nella 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi
<input type="checkbox"/>	Non è rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno stato Estero o da zona ad alto rischio di contagio

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma leggibile