Al Dirigente Scolastico dell’I.C. “Don Bosco”

di Francavilla in Sinni

# DICHIARAZIONE PERSONALE

Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà Autocertificazione ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a

nato/a a Prov ( ) Data di nascita

in qualità di genitore/tutore dell’alunno/a

frequentante la classe/sezione della scuola:

* Infanzia
* Primaria
* Secondaria di 1° grado

plesso di

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci,

# DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che l'assenza dell’alunno dei giorni dal al

* È STATA DETERMINATA DA MALATTIA per la quale il pediatra/medico di medicina generale Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**HA RITENUTO** di seguire il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19 come disposto dalla normativa nazionale /regionale.
* È STATA DETERMINATA DA MALATTIA per la quale il pediatra/medico di medicina generale Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**NON HA RITENUTO** di seguire il percorso diagnostico- terapeutico e di prevenzione per Covid-19.

È obbligatorio allegare il certificato medico di guarigione **con assenze:**

* **di sei o più giorni** per alunni frequentanti la scuola Primaria e Secondaria;
* **di quattro o più giorni** per alunni frequentanti la scuola dell’Infanzia
* È STATA DETERMINATA DA UN MALORE PASSEGGERO, per cui non ha ritenuto necessario l’intervento del medico.
* È STATA DETERMINATA DA MOTIVI FAMILIARI/PERSONALI.

Dichiara, altresì, che né il minore né altro membro del nucleo familiare: - presenta sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5° C in data odierna e nei tre giorni precedenti; - di non essere sottoposto negli ultimi 14 giorni alla misura della quarantena o dell’isolamento domiciliare e di non essere stato in contatto negli ultimi 14 giorni con persone sottoposte ad analoghe misure; - di non essere attualmente positivo al Covid-19 e di non essere stato in contatto negli ultimi 14 giorni con persone risultate positive, per quanto di propria conoscenza.

Luogo e data Firma leggibile