

DICHIARAZIONE MOTIVI DI ASSENZA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____

in qualità di genitore (o di titolare della responsabilità genitoriale) di:

nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio assente dal giorno _____

può essere riammesso a scuola poiché l'assenza è dovuta a:

1. Motivi di famiglia;
2. Motivi di salute non legati a sintomatologia riconducibile al COVID-19 (febbre superiore a 37,5°C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali, perdita/alterazione improvvisa del gusto e /o dell'olfatto, mal di gola, cefale, mialgie);
3. Aver osservato quarantena fiduciaria perché proveniente da paesi dichiarati a rischio secondo le indicazioni del Ministero della Salute;
4. Aver osservato quarantena di 21 giorni in seguito a tampone positivo e in assenza di sintomi (caso positivo asintomatico);

5. Aver osservato quarantena di 21 giorni in seguito a tampone positivo e in assenza di sintomi da almeno 7 giorni (caso positivo sintomatico);
6. Aver osservato quarantena di 14 giorni in seguito a contatto con caso positivo e in assenza di sintomi (contatto stretto di caso positivo);
7. Altro, specificare: _____

Nel caso in cui l'assenza sia dovuta a motivi di cui al punto 2, il/la sottoscritto/a dichiara altresì che:

- o è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale;
- o non è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale.

Inoltre, dichiara che

- o in questo momento lo studente non manifesta sintomatologia riconducibile al COVID-19 (febbre superiore a 37,5°C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali, perdita/alterazione improvvisa del gusto e /o dell'olfatto, mal di gola, cefale, mialgie);
- o non è stato a contatto con persone positive al COVID per quanto di propria conoscenza negli ultimi 14 giorni.

Luogo e Data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
