

ALLEGATO 1

Al Dirigente scolastico
IC S. G. Bosco
Manfredonia

Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19-correlate (fino a 3 giorni scuola infanzia, ovvero fino a 5 giorni per la Primaria)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
(____) il ____/____/____, residente nel comune di _____
_____, alla via _____ n. _____ Codice Fiscale _____
_____, in qualità di genitore o tutore di _____, nato/a a _____
il _____, assente dal _____ al _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi della normativa vigente quanto segue e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000, che **NESSUN membro familiare convivente:**

- 1) è stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 g;
- 2) è affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5°C;
- 3) accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) ha avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 5) ha avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- 6) di avere informato il:

Pediatra di Famiglia; Medico di Medicina Generale, Dr.ssa/Dr. _____

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [l'alunno/a] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l'assenza deriva da patologie NON Covid19-correlate.

Pertanto, consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, dichiaro sotto la propria **responsabilità** che durante il suddetto periodo di assenza/DaD l'alunno/a non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali, né avuto contatto stretto con casi Covid probabili o confermati.

Oppure, dichiaro che:

mio/a figlio/a è risultato positivo, ma, sottoposto a tampone, risulta negativo dal almeno 14 g e, quindi,

CHIEDO

la riammissione presso la scuola: dell'infanzia; Primaria.

Data, _____/____/20____

Firma del genitore/tutore dell'alunno

ALLEGATO 2

Al Dirigente scolastico
IC S. G. Bosco
Manfredonia

Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per motivi diversi dalla malattia.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____) il ____/____/____, residente nel comune di _____, alla via _____ n. _____ Codice Fiscale _____ in qualità di genitore o tutore di _____, nato/a a _____ il _____, assente dal _____ al _____

DICHIARA

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, che [l'alunno/a] può essere riammesso a scuola poiché il periodo di assenza non è dovuto a motivi di salute, ma legato a:

- esigenze familiari (specificare): _____
- per quarantena precauzionale volontaria, senza patologie o sintomatologia Covid correlata.

Dichiaro sotto la propria responsabilità, altresì, che durante il suddetto periodo [l'alunno/a] non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali, né avuto contatto stretto con casi Covid probabili o confermati.

Manfredonia ____/____/2021

Firma del genitore/tutore o dell'alunno
