



Ministero dell'Istruzione



ISTITUTO COMPRENSIVO <<SAN GIOVANNI BOSCO>>

71043 MANFREDONIA - FG

Via Cavolecchia, 4 - CF: 92055050717 - CM: FGIC872002

Tel.: 0884585923 Fax: 0884516827

Codice Univoco ufficio (CUU): **UF6AFD** - Codice IPA: *istsc_fgic86700e*

Sito web: www.icsangiobbosco.edu.it

PEO: fgic872002@istruzione.it - PEC: fgic872002@pec.istruzione.it

MODULO PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA

DICHIARAZIONE PER LA GESTIONE DELLE ASSENZE DA PARTE DELLE FAMIGLIE ADATTATA ALL'EMERGENZA SANITARIA IN ATTO

Io sottoscritto/a _____ genitore/tutore esercente la
responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____ frequentante
l'Istituto Comprensivo "S. G. Bosco" di Manfredonia (FG), plesso della scuola: Infanzia; Primaria,
Classe _____ sez. _____,

DICHIARO

consapevole che la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, che mio/a figlio/a **si è assentato/a dal giorno _____ al giorno _____ per il seguente motivo: (barrare la casella)**

1. ASSENZA NON LEGATA A MOTIVI DI SALUTE

dichiaro che l'assenza è dovuta

a: _____

2. ASSENZA LEGATA A VIAGGI / SOGGIORNI ESTERI

dichiaro di aver ottemperato per mio figlio/a alle regole per i viaggiatori previste dal Ministero della Salute.

3. ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - in base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG) **LEGATA** a un percorso diagnostico/terapeutico da COVID-19.

Allego attestazione esito negativo del tampone.

4. ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - in base a disposizione di isolamento domiciliare fiduciario disposto da ASL.

Allego attestazione esito negativo del tampone.

5. ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - in base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG).

Dichiaro di aver contattato il Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale Dott. _____ e di aver seguito le sue indicazioni circa la data di ripresa delle attività scolastiche

E CHIEDO

la riammissione nella Comunità Scolastica.

Manfredonia,

Firma del genitore/tutore
