



61049 URBANIA (PU)
Presidenza e Segreteria Centrale: Via Nardi, 2 - Tel. 0722319435
Uffici Istituto Superiore di 2° grado: Via Garibaldi, 63 - Tel. 0722319898
E-mail: PSIS00700A@istruzione.it - PEC: PSIS00700A@pec.istruzione.it



ALLEGATO 1

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA IN CASO DI ASSENZA

Il sottoscritto.....nato a.....

il.....residente invia.....

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

Cognome.....nome

nato a.....il.....frequentante la classe.....scuola.....

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 agli effetti dell'art.46 DPR.n.445/2000,

- che l'alunno è risultato negativo al test antigenico o molecolare effettuato dopo il periodo previsto dalla normativa vigente (5 gg) e che risulta asintomatico da almeno due giorni;
- che sono trascorsi almeno 14 gg dall'effettuazione del primo test positivo/comparsa dei sintomi;
- per motivi di carattere personale e/o familiare
- SOLO PER I BAMBINI DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA (n caso di assenza per malattia non riferibile a COVID-19) il sottoscritto dichiara di aver provveduto a contattare il Pediatra di riferimento o Medico di Medicina Generale. Da tale incontro/contatto non sono emerse sintomi/patologie che possano precludere la regolare partecipazione alla vita scolastica da parte del bambino/a.**

FIRMA DEL GENITORE

TITOLARE DELLA RESPONSABILITA' GENITORIALE

.....

....., li.....