



Istituto Istruzione Superiore

"MARCONI - MANGANO"

Catania



Cod. Fisc. 93198050879 - Cod. Mec. CTIS04300B

ctis04300b@istruzione.it - ctis04300b@pec.istruzione.it

COSTRUZIONI AMBIENTE TERRITORIO
ELETTRONICA ED ELETTROTECNICA
INFORMATICA E TELECOMUNICAZIONI

Corso serale COSTRUZIONI AMBIENTE TERRITORIO

SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE
INDUSTRIA E ARTIGIANATO PER IL MADE IN ITALY
Corso Serale INDUSTRIA E ARTIGIANATO PER IL MADE IN ITALY
SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI
PER COVID-19**

Ai sensi dell'art 46 del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
____/____/____, e residente in via _____ città _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
dell'alunno _____, nato/a a _____ il ____/____/____,
frequentante la classe _____ sez. _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti
dell'art 46 del D.P.R. n° 445/2000, 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/la proprio/a figlio/a è stato assente dal ____/____/2020_ al ____/____/2020_ per **giorni** _____ e può essere riammesso in classe poiché si è assentato per **MOTIVI FAMILIARI**;
- che il/la proprio/a figlio/a è stato assente dal ____/____/2020_ al ____/____/2020_ per **giorni** _____ per **PROBLEMI DI SALUTE** ed a seguito della richiesta della scuola in data ____/____/2020_ e dopo aver contattato il Pediatra di L.S./Medico di famiglia (MMG) Dr. _____ può essere riammesso/a in classe poiché lo **stesso medico non ha ritenuto necessario sottoporlo** al percorso diagnostico-terapeutico per Covid-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;
- che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dal ____/____/2020_ al ____/____/2020_ per **giorni** _____ a **causa di malessere passeggero** e che può essere riammesso/a in classe poiché nel periodo di assenza **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:
- febbre (> 37,5° C)
 - tosse
 - difficoltà respiratorie
 - congiuntivite
 - rinorrea/congestione nasale
 - sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
 - perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
 - perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
 - mal di gola
 - cefalea
 - mialgia

Catania, li ____/____/2020_

Il genitore
(o esercente la patria potestà o tutore legale)

Si allega copia **documento di riconoscimento autografato**