

**Ministero dell’Istruzione**

**ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO STATALE**

**di Scuola dell’Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° e 2° grado**

**Via Serrone, snc - 87010 MALVITO (CS) - Tel. 🖷 0984/509082 Fax 0984/509928**

**E-mail:** [**csic863009@istruzione.it**](mailto:csic863009@istruzione.it) **–** [**csic863009@pec.istruzione.it**](mailto:csic863009@pec.istruzione.it) **–** [**csri190009@istruzione.it**](mailto:csri190009@istruzione.it)

**Cod. Univoco UFGCDS - Cod. Fisc. 99003220789 - Cod. Mecc.: CSIC863009 – Cod. Mecc. CSRI190009**

**Sito web:** [**www.icmalvito.edu.it**](http://www.icmalvito.edu.it)

**MODELLO A**

**AUTODICHIARAZIONE**

* Rientro a scuola di Bambini/Alunni assenti per periodi uguali o inferiori a 5(cinque) giorni, per motivi diversi da quelli di salute o malattia diversa da sospetto Covid-19

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_- Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della scuola

dell’Infanzia Primaria

Secondaria di Primo grado Secondaria di Secondo grado

**DICHIARA**

Che il/la proprio/a figlio/a è stato assente per

|  |  |
| --- | --- |
|  | Per motivi non collegati al proprio stato di salute |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Per motivi di salute non riconducibili alla sintomatologia Covid-19 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Non presenta in data odierna e non ha presentato nei giorni precedenti sintomatologia respiratoria e/o febbre superiore a 37.5° C |
|  | Non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia(stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto. |

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_