

**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** **–** **csic863009@pec.istruzione.it** **–** **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 B**

**AUTODICHIARAZIONE**

* Rientro a scuola di Bambini/Alunni assenti periodi superiori a 5 (cinque) giorni, per motivi di famiglia o di salute non inerenti al Covid-19
* Rientro a scuola di Bambini/Alunni per assenze di lunga durata per motivi di famiglia o altri motivi non di salute, concordate preventivamente con l’istituto scolastico.

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 I 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 |

E dichiara inoltre che il proprio/a figlio/a

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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. |
|  | Non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni |
|  | Non è stato in contatto con persone positive, per quanto di mia conoscenza, negli ultimi 14 giorni e nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi |
|  | Non è rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno stato Estero o da zona ad alto rischio di contagio |

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

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