DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA PER LE FAMIGLIE

Versione del 1° marzo 2021

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome: Nome:

Luogo di nascita Data di nascita:

*(Comune - Provincia o Stato estero)*

Indirizzo di residenza: Città:

*(da compilare nel caso in cui l’alunno/a sia minorenne)*

***Esercente la responsabilità genitoriale dell’alunno/dell’alunna o facente veci:***

Cognome: Nome:

Luogo di nascita Data di nascita:

*(Comune – Provincia o Stato estero)*

Frequentante la classe della 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 per gli effetti dell’art. 46 DPR n. 445/2000, che:

**SITUAZIONE 1 – assenze NON legate a motivi di salute**

*Alunno/a minorenne:*

che l’assenza da scuola del/la proprio/a figlio/a dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è dovuta a motivi non legati a problemi di salute. Dichiara altresì che durante il suddetto periodo il/la proprio/a figlio/a non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simili influenzali.

*Alunno/a maggiorenne:*

che l’assenza da scuola dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è dovuta a motivi non legati a problemi di salute. Dichiara altresì che durante il suddetto periodo non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simili influenzali.

**SITUAZIONE 2 – assenze legate a motivi di salute inferiori o uguali a tre giorni, NON correlate a una possibile infezione da SARS-CoV-2 *(non occorre certificato medico)***

*Alunno/a minorenne:*

che l’assenza del/la figlio/a non è correlata a una sintomatologia correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì da condizioni cliniche diverse e non sospette.

*Alunno/a maggiorenne:*

che la propria assenza non è correlata a una sintomatologia correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì da condizioni cliniche diverse e non sospette.

**SITUAZIONE 3 – assenze legate a motivi di salute inferiori o uguali a tre giorni, riconducibili a una possibile infezione da SARS-CoV-2 *(non occorre certificato medico)***

*Alunno/a minorenne:*

che, sentito il medico curante dott./dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, l’assenza del/la figlio/a non è correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì da condizioni cliniche diverse.

*Alunno/a maggiorenne:*

che, sentito il medico curante dott./dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la propria assenza non è correlata a una sintomatologia correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì da condizioni cliniche diverse.

**SITUAZIONE 4 – assenze superiori ai tre giorni legate a motivi di salute correlate anche a una possibile infezione da SARS-CoV-2 *(si allega l’attestazione del medico curante)***

*Alunno/a minorenne:*

di aver sentito il medico curante dott./dott.ssa in relazione

*(nome, cognome)*

all’assenza del/la figlio/a dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di aver seguito le indicazioni ricevute.

*Alunno/a maggiorenne:*

di aver sentito il medico curante dott./dott.ssa in relazione

*(nome, cognome)*

alla propria assenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di aver seguito le indicazioni ricevute.

**SITUAZIONE 5 – fine quarantena cautelativa**

*Alunno/a minorenne:*

|  |  |
| --- | --- |
|  | * che la quarantena è stata imposta per il seguente periodo: dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ incluso; |
|  | * che il/i test se effettuato/i ha/hanno prodotto un esito negativo; |
|  | * che, sentito il medico curante dott./dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il/la proprio/a figlio/a non presenta più sintomi da almeno tre giorni consecutivi. |

*Alunno/a maggiorenne:*

|  |  |
| --- | --- |
|  | * che la quarantena è stata imposta per il seguente periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ incluso; |
|  | * che il/i test se effettuato/i ha/hanno prodotto un esito negativo; |
|  | * che, sentito il medico curante dott./dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il sottoscritto/la sottoscritta non presenta più sintomi da almeno tre giorni consecutivi. |

In base a quanto sopra dichiarato, si chiede la riammissione

del/la proprio/a figlio/a del/la sottoscritto/a

presso l’Istituzione scolastica.

Luogo

Data

FIRMA