



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "ANNA MOLINARO"
VIA CASSIA NUOVA, 1 - 01027 MONTEFIASCONE (VT)
0761/826019
* VTIC82800T@ISTRUZIONE.IT- VTIC82800T@PEC.ISTRUZIONE.IT
C.F. : 80022690566



**AUTODICHIARAZIONE IN CASO DI ASSENZE PER MALATTIE INFERIORE O UGUALI A 3 O 5 GIORNI
STUDENTE MINORENNE**

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (_____) Via__n° _____

Recapiti: ☎ _____ 📠 _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, *studente di questo istituto*

DICHIARO

- Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino e che ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica
- Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi simil-influenzali o riferibili a COVID – 19 (temperatura corporea al di sopra di 37.5°C, tosse, mal di gola, diarrea, perdita o alterazione del gusto, perdita o diminuzione dell'olfatto, etc.)

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero;

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Lì _____ Data _____

Il dichiarante _____ (firma leggibile)