

ISTITUTO COMPRENSIVO – IC CETRARO
CSIC872004

- Rientro a scuola di Bambini /Alunni assenti periodi uguali o inferiori 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.

__I__ sottoscritt__ _____ C.F. _____ nat__a
(cognome e nome)

_____ (__)il __/__/____,e residente a _____ (__) in
via _____ n.____, tel._____,
e mail _____@_____ in qualità di genitore (esercente la responsabilità genitoriale) del minore

_____,nat__a _____ (__)il __/__/____,
(cognome e nome)

frequentante la classe _____ sez. _____ della

Scuola dell'Infanzia		Scuola Primaria		Scuola Secondaria di I grado
<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Santa Lucia	<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Santa Barbara	<input type="checkbox"/> Via Donato Faini – "C. Alvaro"
<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> San Pietro Alto	<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> San Pietro Alto	<input type="checkbox"/> Corso San Benedetto
<input type="checkbox"/> San Giacomo	<input type="checkbox"/> Vonella	<input type="checkbox"/> San Giacomo	<input type="checkbox"/> Vonella	
<input type="checkbox"/> San Filippo		<input type="checkbox"/> San Filippo		

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

DICHIARA

sotto la propria responsabilità,

che __I__ propri__ figli__ è stato assente dal __/__/____ al __/__/____ per

motivi non collegati al proprio stato di salute

motivi di salute non riconducibili alla sintomatologia Covid-19

e **dichiara**,inoltre che il/la propri__ figli__

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 stat__ in contatto con persone positive, per quanto di mia conoscenza, negli ultimi 14 giorni

Non è rientrat__ in Italia negli ultimi 14 giorni da uno Stato estero o da zona ad alto rischio di contagio

Luogo e data _____

Il genitore
(esercente la responsabilità genitoriale)
