



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI-SALA"
Via Fiume Neto snc-Località SantoJanni 88100 - Catanzaro - Tel. e Fax 0961/753118
C.M. CZIC856002 – C.F. 97061290793
czic856002@istruzione.it - czic856002@pec.istruzione.it
[web:www.icdonmilanicz.edu.it](http://www.icdonmilanicz.edu.it)

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA E
NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO**

**IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE E/O PER ASSENZE INFERIORI O
UGUALI A 3-5 GIORNI**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____ in
qualità di genitore (o tutore legale) di _____ frequentante la classe
_____ Plesso _____ ASSENTE dal _____ al _____

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR N. 445/2000 (normativa vigente in materia di dichiarazioni mendaci):
Barrare la voce che interessa

- ☐ Di essere stato assente per motivi familiari (Scuola Infanzia);
- ☐ Di aver sentito il Pediatra di famiglia/Medico di medicina Generale dott. _____ che non ha ritenuto di sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;
- ☐ Durante i giorni di assenza (inferiori a 3 gg per la SCUOLA INFANZIA e inferiore a 5gg per la scuola primaria/secondaria primo grado) non si sono manifestati sintomi* compatibili con COVID-19.

Chiede pertanto la riammissione a scuola.

Data _____

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

***elenco non esaustivo dei sintomi:** febbre superiore a 37,5°C, tosse, difficoltà respiratoria, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia), perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia), mal di gola, cefalea, mialgie.