Al Dirigente Scolastico

I.C. Capaccio Capoluogo CARDUCCI Via F.lli Arenella 84047 Capaccio Paestum (SA)

**AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE/TUTORE**

**per il rientro a scuola del minore in caso di malattia**

per assenze inferiori ai 4 giorni (scuola dell’Infanzia) e 6 giorni (scuola primaria e secondaria di I grado)

MODELLO 1

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore (tutore) dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola (dell’Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi del DPR 445/2000, art. 76, e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA**

che per l’assenza del figlio/a da scuola dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per motivi di salute (inferiore ai 4 giorni per la scuola dell’infanzia e 6 giorni per la scuola Primaria e Secondaria I grado):

* Di aver prese contatto con il pediatra di famiglia/medico curante dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di aver seguito le sue indicazioni;
* Che il figlio/a non ha presentato e non presenta segni clinici e/o sintomi riferibili a malattie infettive in atto:

pertanto mio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola

Luogo e data Firma

Si allega copia del documento di identità in corso di validità