



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO R. LAPORTA

05015 Fabro (TR) Piazzale F. Parri, 3 Tel. 0763/832044-839175

Cod. Mecc. TRIC815008 – E-Mail tric815008@istruzione.it C.F. 90009750556

E Mail cert. tric815008@pec.istruzione.it

Sito web: www.istfabro.edu.it

Fabro 8 settembre 2021

Ai genitori di tutti gli alunni dell'Istituto

Ai docenti e al personale scolastico

Al sito web

Come indicato e concordato con la ASL di riferimento, si ricorda che per le assenze dovute a malattia superiori a tre giorni il rientro a scuola potrà avvenire solo su presentazione del certificato medico del Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale.

Nel caso in cui l'assenza per malattia fosse inferiore o uguale a tre giorni è necessario presentare l'autocertificazione secondo il modello allegato alla presente e comunque disponibile sul sito dell'Istituto.

La stessa autocertificazione autorizza il rientro, indipendentemente dal numero di giorni di assenza, soltanto per i motivi diversi dalla malattia.

Gli studenti delle scuole secondarie devono in ogni caso giustificare anche sul libretto.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Cristina Maravalle

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3, c. 2 D. Lgs. 39/93)



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO R. LAPORTA

05015 Fabro (TR) Piazzale F. Parri, 3 Tel. 0763/832044-839175
Cod. Mecc. TRIC815008 – E- Mail tric815008@istruzione.it C.F. 90009750556
E Mail cert. tric815008@pec.istruzione.it
Sito web: www.istfabro.edu.it

OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA ALUNNO/A CHE NON NECESSITA DI CERTIFICATO MEDICO.

Il/La sottoscritto/a,

.....in qualità
genitore/tutore dell'alunno/a_.....,
frequentante la classe/sezione della scuola Infanzia Primaria
Secondaria di 1° IPAA Classe/ sezionedel Comune di
..... (cancellare le voci che non interessano)

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m..., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazioni mendaci, che il/la suddetto/a alunno/a non è affetto/a da malattie contagiose e diffuse in atto e sarà*/è stato assente da Scuola

dalal.....compreso, per complessivi
.....giorni per la seguente motivazione:

- Familiari *
- Accertamenti diagnostici
- Altro (specificare)

In ogni modo, per una qualsiasi delle evenienze sopra descritte dichiara che IL PROPRIO FIGLIO/A NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCEBILI A COVID-19 ovvero:

- Febbre superiore a 37,5°C e/o tosse e rinite con difficoltà respiratoria;
- Vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere);
- Diarrea (tre o più scariche con feci liquide o semiliquide);
- Perdita del gusto (in assenza di raffreddore);
- Perdita dell'olfatto (in assenza di raffreddore)
- Altri sintomi indicati come covid correlati

* Si auspica che le comunicazioni per motivi non di salute, quindi prevedibili, siano precedute da comunicazione ai docenti di classe, prima o all'inizio dell'assenza.

Evento morboso che il Pediatra o Medico di Medicina Generale ha ritenuto, previa consulenza, non riconducibile al contagio da Sars Cov-2.

Si ricorda a tal proposito che la consultazione del medico, nei casi di malattia, è un atto dovuto da parte del genitore.

Luogo e data,

FIRMA dei genitori

.....
.....

Apporre una crocetta sulla voce seguente **solo se è un solo genitore a firmare la dichiarazione**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiaro che la presente informativa è firmata da un solo genitore perché genitore unico ovvero, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del C.C. che richiedono il consenso di entrambi i genitori, autorizzato alla presente firma dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale.

=====

SPAZIO RISERVATO ALLA SCUOLA

Acquisito dal docente di classe/sezione coordinatore di classe in data
Firma del docente di classe/coordinatore di classe

TRIC815008 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0006954 - 10/09/2021 - C27 - Alunni - U