**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

 **DELL’I.C.S. “LUIGI CAPUANA”**

 **P A L E R M O**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE PER UN PERIODO INFERIORE A 10 GIORNI AI SENSI DELL’ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a………………………………………………………………………………………………………………………………………..

nato/a a…………………………………………………………………..il………………………………………………………………………………….

 e residente in……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Cell ……………………………………… e-mail ………………………………………………………

in qualità di genitore (o titolare della responsabilItà genitoriale) dell’alunno/a…………………………………………….

……………………………………………………… nato/a a…………………………………………….il………………………………………………..

frequentante la classe…………………sez. ………………………….,

Assente dal ……………………………………… al ……………………………………………………

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R.445/2000;

Consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento della diffusione del COVID-19, per la tutela della salute della collettività;

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

**In caso di assenza temporanea e breve da scuola**:

* Che il/ proprio/a figlio/a è stato/a assente per motivi non collegati al proprio stato di salute

*in alternativa*

* Che il/ proprio/a figlio/a è stato/a assente per motivi collegati al proprio stato di salute ma non ha presentato sintomi riconducibili al COVID-19
* Di essersi recato dal proprio pediatra e che nulla ha avuto riferito circa la necessità di adozione di misure previste dalla normativa COVID-19
* Di non essere a conoscenza d’avere avuto contatti con persone con COVID 19 o per le quali sono adottate, dalla normativa vigente d’emergenza, particolari protocollo e/o limitazioni
* Di non essere stato in quarantena o in isolamento, volontario o d’ufficio, negli ultimi 14 giorni
* Che il proprio figlio/la propria figlia può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza dalla stessa non ha presentato sintomi riconducibili al COVID-19

**In caso di richiesta da parte degli organi competenti di vigilanza sanitaria:**

* Di essere consapevole dell’obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone nel caso in cui lo stesso sia stato effettuato
* Di essere consapevole dell’obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone
* Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del doppio tampone
* Di essere risultato negativizzato, a seguito dell’adozione del protocollo di controllo, e che, come da certificato rilasciato dall’ASL, che si allega in copia, può essere riammesso in classe.

**DICHIARA ALTRESI’**

***BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI***:

Che il suddetto minore nelle 24ore precedenti l’accesso a scuola ha goduto di ottima salute

Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24ore precedenti l’accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

Dr./Dott.ssa…………………………………………………………………cell. …………………………………………………………

Mail …………………………………………………………………………………….

In fede Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.