AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA

PER ASSENZE SUPERIORE A 3 GIORNI*

Il/la sottoscritto/a_____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Prov _____

In Via_____ n. _____ Tel. _____

in qualità di genitore/esercente la potestà genitoriale dell'alunno:

_____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

che durante la assenza avvenuta dal ..... al .....

IL PROPRIO FIGLIO/A NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID-19:

- ☐ 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)

Luogo e Data

.....

FIRMA

.....

*3 giorni si intendono di frequenza scolastica, non debbono essere conteggiati i giorni festivi.