

(M) GIUSTIFICAZIONE ASSENZE

I sottoscritti

(cognome e nome del padre/tutore legale)

(cognome e nome della madre/tutore legale)

in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a classe sez.

Scuola dell'Infanzia

Primaria

Secondaria di I grado M Pellegrini

di

Consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevoli dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate a contrastare la diffusione del COVID-19 per la tutela della salute collettiva,

DICHIARANO

1. che l'assenza del figlio da scuola dal //202 al //202 per complessivi n. giorno/i è avvenuta per i seguenti motivi e **non per motivi di salute. ***

OPPURE

2. che il proprio figlio/a, assente da scuola dal //202 al //202 per complessivi n. giorno/i, può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza scolastica **NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 ***

-Febbre (> 37,5° C) -Tosse -Difficoltà respiratoria -Congiuntivite -Rinorrea/congestione nasale -Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito/diarrea) -Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia) -Mal di gola -Cefalea -Mialgie

In caso di presenza di questi sintomi, il genitore/tutore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.

OPPURE

3. che il/la figlio/a si assenterà dal //202 al //202 per un totale di giorni per i seguenti motivi

Data

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORI DEL MINORE

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

Il/la sottoscritto/a padre/madre, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che il/la padre/madre è a conoscenza e acconsente alla presente autorizzazione

Data

FIRMA DEL GENITORE _____

***allegato: certificato medico se assenza superiore ai 3 giorni (infanzia) o 5 giorni (primaria e secondaria)**