



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA PER LE FAMIGLIE

Versione del 1° marzo 2021

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita: _____

(Comune - Provincia o Stato estero)

Indirizzo di residenza: _____ Città: _____

(da compilare nel caso in cui l'alunno/a sia minorenni)

Esercente la responsabilità genitoriale dell'alunno/dell'alunna o facente veci:

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita: _____

(Comune – Provincia o Stato estero)

Frequentante la classe _____ della scuola _____

DICHIARA

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000, che:

SITUAZIONE 1 – assenze NON legate a motivi di salute

Alunno/a minorenni:

- che l'assenza da scuola del/la proprio/a figlio/a dal _____ al _____ è dovuta a motivi non legati a problemi di salute. Dichiaro altresì che durante il suddetto periodo il/la proprio/a figlio/a non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simili influenzali.

SITUAZIONE 2 – assenze legate a motivi di salute inferiori o uguali a tre giorni, NON correlate a una possibile infezione da SARS-CoV-2 (non occorre certificato medico)

Alunno/a minorenni:

- che l'assenza del/la figlio/a non è correlata a una sintomatologia correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì da condizioni cliniche diverse e non sospette.

SITUAZIONE 3 – assenze legate a motivi di salute inferiori o uguali a tre giorni, riconducibili a una possibile infezione da SARS-CoV-2 (non occorre certificato medico)

Alunno/a minorenni:

che, sentito il medico curante dott./dott.ssa _____, l'assenza del/la figlio/a non è correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì da condizioni cliniche diverse.

SITUAZIONE 4 – assenze superiori ai tre giorni legate a motivi di salute correlate anche a una possibile infezione da SARS-CoV-2 (si allega l'attestazione del medico curante)

Alunno/a minorenni:

di aver sentito il medico curante dott./dott.ssa _____ in relazione
(nome, cognome)
all'assenza del/la figlio/a dal _____ al _____ e di aver seguito le
indicazioni ricevute.

SITUAZIONE 5 – fine quarantena cautelativa

Alunno/a minorenni:

- che la quarantena è stata imposta per il seguente periodo: dal _____ al _____ incluso;
- che il/i test se effettuato/i ha/hanno prodotto un esito negativo;
- che, sentito il medico curante dott./dott.ssa _____ il/la proprio/a figlio/a non presenta più sintomi da almeno tre giorni consecutivi.

In base a quanto sopra dichiarato, si chiede la riammissione

del/la proprio/a figlio/a presso l'Istituzione scolastica. del/la sottoscritto/a

Luogo _____

Data _____

FIRMA