

MODULO PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA (agg. al 07/01/2022)

**DICHIARAZIONE PER LA GESTIONE DELLE ASSENZE DA PARTE DELLE FAMIGLIE ADATTATA ALL'EMERGENZA
SANITARIA IN ATTO**

Io sottoscritto/a _____ genitore/tutore _____ esercente _____ la
responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____ frequentante l'IC SORA
2° plesso _____ classe: _____ sez. _____

DICHIARO

consapevole che 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 e la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, che mio/a figlio/a si è assentato/a dal giorno _____ al giorno _____ per il seguente motivo: **(barrare la casella)**



1. ASSENZA NON LEGATA A MOTIVI DI SALUTE

dichiaro che l'assenza è dovuta

a: _____



2. ASSENZA LEGATA A VIAGGI / SOGGIORNI ESTERI

dichiaro di aver ottemperato per mio figlio/a alle regole per i viaggiatori previste dal Ministero della Salute.



3. ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - in base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG) LEGATA a un percorso diagnostico/terapeutico da COVID—19. Allego attestazione esito negativo del tampone.



4. ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - in base a disposizione di isolamento domiciliare fiduciario disposto da ATS: **(barrare una delle caselle elencate qui di seguito)**

- o Rientro dopo **ALMENO 10 GIORNI** (allego attestazione fine quarantena o esito negativo del tampone)
- o Rientro dopo **ALMENO 7 GIORNI** (allego attestazione fine quarantena o esito negativo del tampone)
- o Rientro dopo **14 GIORNI senza tampone diagnostico ed in assenza di sintomi** (allego attestazione fine quarantena)



5. ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - in base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG).

Dichiaro di aver contattato il Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale Dott. _____ e di aver seguito le sue indicazioni circa la data di ripresa delle attività scolastiche

E CHIEDO

La riammissione nella Comunità Scolastica.

Sora, lì... ..

Firma del genitore/tutore
