AUTOCERTIFICAZIONI IN CASO DI ASSENZE PER MALATTIE INFERIORE O UGUALI A 3 O 5 GIORNI

STUDENTE MINORENNE

Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà (Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a

Nato/a a il / \_/

Residente a ( ) Via n°

Recapiti: 

# In qualità di genitore/tutore del minore:

***, studente di questo istituto***

**DICHIARO**

* Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino e che ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica
* Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l’assenza, né altri sintomi simil-influenzali o riferibili a COVID – 19 (temperatura corporea al di sopra di 37.5°C, tosse, mal di gola, diarrea, perdita o alterazione del gusto, perdita o diminuzione dell’olfatto, etc.)

***Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero;***

Il/la sottoscritto/a ***si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l’insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati*** nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

**Lì**  **Data**

**Il dichiarante**  *(firma leggibile)*