

**ISTITUTO COMPRENSIVO – IC CETRARO**  
**CSIC872004**

- Rientro a scuola di Bambini /Alunni assenti per periodi uguali o inferiori a 3 (tre) giorni, per motivi diversi da quelli di salute o malattia diversa da sospetto Covid-19

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ nat\_\_a  
(cognome e nome)  
\_\_\_\_\_( )il \_\_/\_\_/\_\_\_\_,e residente a \_\_\_\_\_( ) in  
via \_\_\_\_\_n.\_\_\_\_, tel.\_\_\_\_\_,  
mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ in qualità di genitore (esercente la responsabilità genitoriale) del minore  
\_\_\_\_\_,nat\_\_a \_\_\_\_\_( )il \_\_/\_\_/\_\_\_\_,  
(cognome e nome)  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_ della

Scuola dell'Infanzia		Scuola Primaria		Scuola Secondaria di I grado
<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Santa Lucia	<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Santa Barbara	<input type="checkbox"/> Via Donato Faini – “C. Alvaro”
<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> San Pietro Alto	<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> San Pietro Alto	<input type="checkbox"/> Corso San Benedetto
<input type="checkbox"/> San Giacomo	<input type="checkbox"/> Vonella	<input type="checkbox"/> San Giacomo	<input type="checkbox"/> Vonella	
<input type="checkbox"/> San Filippo		<input type="checkbox"/> San Filippo		

consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità,  
che \_\_l\_\_ propri\_\_ figli\_\_ è stato assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ per

- motivi non collegati al proprio stato di salute
- motivi di salute non riconducibili alla sintomatologia Covid-19

e **dichiara**,inoltre che il/la propri\_\_ figli\_\_

- Non presenta in data odierna e non ha presentato nei giorni precedenti sintomatologia respiratoria e/o febbre superiore a 37.5° C
- Non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea forte astenia(stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore  
(esercente la responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_