

**AUTODICHIARAZIONE PER ASSENZE DOVUTE A MOTIVI DI SALUTE
a.s. 2020/2021**

Autocertificazione ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000

(Da rendere nel caso non sia stato consultato il medico oppure se il medico non abbia ritenuto necessario attivare il percorso diagnostico-terapeutico di prevenzione per Covid-19)

I sottoscritti _____ e _____ residenti a _____ (___), via _____, Tel _____, Cell _____ email _____, in qualità di genitori/Esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____,

nato/a _____, il _____, frequentante la sezione/classe ____ sez. __ ,

SCUOLA DELL'INFANZIA: PIAZZA CARDUCCI SANTA CHIARA VIA MILANO

SCUOLA PRIMARIA: PIAZZA CARDUCCI SANTA CHIARA VIA MILANO

SCUOLA SECONDARIA I GR: PIAZZA CARDUCCI SANTA CHIARA VIA MILANO

- Consapevoli delle sanzioni previste dal DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dal combinato disposto dell'articolo 2 del decreto legislativo 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 11 giugno 2020;
- tenuto conto delle *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia* (Rapporto ISS n. 58 del 21 agosto 2020);
- tenuto conto della Circolare del Ministero della Salute prot. n. 30847 del 24/09/2020 *Riapertura delle scuole. Attestati di guarigione da COVID-19 o da patologia diversa da COVID-19 per alunni/personale scolastico con sospetta infezione da SARS-CoV-2*;
- consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività;

sotto la propria responsabilità,

DICHIARANO

che l'assenza dell'alunno/a _____ dal giorno _____
al giorno _____

(BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA)

- è stata determinata da malattia che il pediatra/medico di medicina generale non ha giudicato come caso di sospetto Covid-19 e non è stato pertanto necessario seguire il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19;**

è stata determinata da malattia per la quale non è stato consultato il medico.

DICHIARANO INOLTRE

- che l'alunno/a non presenta sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37,5° C in data odierna e nei due/tre giorni precedenti;
- che, in caso di sintomi influenzali manifestatisi anche dopo l'accesso, avviserà immediatamente il Dirigente scolastico (Datore di lavoro) o il Responsabile di Plesso;
- che l'alunno/a non è stato/a in quarantena o isolamento domiciliare durante i giorni di assenza;
- che l'alunno/a non è stato/a a contatto con persone positive al Covid-19, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
- che l'alunno/a non proviene da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- che i sottoscritti hanno preso visione e si impegnano a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità competenti e del Dirigente Scolastico per il contenimento del COVID-19.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza epidemiologia da Covid-19.

La presente autodichiarazione deve essere consegnata dal diretto interessato al docente della prima ora di lezione del giorno di rientro a scuola **anche dopo un giorno di assenza per motivi di salute, in mancanza di certificato medico.**

Gallipoli, ____ / ____ / ____

In fede

*(Firma del genitore
o di chi esercita la potestà genitoriale)*

*(Firma del genitore
o di chi esercita la potestà genitoriale)*

.....

.....

N.B.

In caso di firma di un solo genitore:

In qualità di genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale, per gli alunni della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria I grado, dichiaro di avere effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Informativa sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti verranno trattati nel rispetto del DLgs. 196/2003 e ss.mm.ii e del GDPR 2016/679