



Regione Siciliana



ISTITUTO COMPRENSIVO " N. BOTTA"

Via E. Fermi 4 , 90015 Cefalù - Tel 0921 421242 - Fax 0921 9223
Mail: paic8aj008@istruzione.it - PEC: paic8aj008@pec.istruzione.it
Codice fiscale: 82000590826 - Codice meccanografico: PAIC8AJ008



AUTODICHIARAZIONE

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

di certificazione relativa all'assenza

dell' ALUNNO/A.....

Come da protocollo di sicurezza anti-contagio e in base a quanto previsto dalle Linee guida nazionali il/La sottoscritto/a.....

genitore dell'alunno/a ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, sotto la propria personale responsabilità e a piena conoscenza della responsabilità penale previste per le dichiarazioni false dall'articolo 76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del codice penale e dalle leggi speciali in materia.

DICHIARA

Che l'alunno/a.....sezione/classe.....
Plesso è stato assente dal giorno al giorno

- per motivi di salute generici (non serve presentare il certificato medico)
- per motivi di carattere personale e/o familiare
- in seguito all'allontanamento dalla scuola per temperatura non conforme all'ingresso o per sintomi sospetti (es. febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.).

In tal caso il sottoscritto dichiara di aver provveduto a contattare in data il Dott. in qualità di Pediatra di riferimento o Medico di Medicina Generale. Da tale incontro/contatto non sono emerse sintomi/patologie che possano precludere la regolare partecipazione alla vita scolastica da parte del bambino/a.

Il sottoscritto dichiara di essersi attenuto a quanto prescritto dal medico di riferimento.

Data _____

Firma (dell'interessato o dell'esercente la responsabilità genitoriale)
