

**ALUNNO**.....

**CLASSE**.....**SEZIONE**.....**SCUOLA**.....

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA PER MALATTIA RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_

esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_

rimasto assente nei giorni dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,**

**DICHIARA**

1. di essere a conoscenza delle disposizioni del DPCM 7/8/2020, art. 1, comma 6, lettera a, e di agire nel loro rispetto (\*)
2. di essere a conoscenza delle attuali misure anti-contagio e di contrasto all'epidemia COVID-19 di cui al relativo Protocollo pubblicato nel sito dell'Istituto IC Vicenza 4
3. di rispettare tutti i punti previsti nel Patto Educativo di Corresponsabilità e nell'Integrazione del Patto Educativo di Corresponsabilità per la gestione dell'emergenza COVID-19.

**DICHIARA INOLTRE**

(BARRARE SOLO UNA RISPOSTA)

- che il proprio figlio nel periodo di assenza **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19: febbre (> 37,5° C), tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia), perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia), mal di gola, cefalea, mialgie.
- che il proprio figlio nel periodo di assenza **HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19: febbre (> 37,5° C), tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia), perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia), mal di gola, cefalea, mialgie. Per tale ragione ha contattato il pediatra il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) seguendone tutte le indicazioni per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.

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

Firma del genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\*) DPCM 7/8/2020, art. 1

6. Allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19 sull'intero territorio nazionale si applicano le seguenti misure:

a) i soggetti con infezione respiratoria caratterizzata da febbre (maggiore di 37,5 °C) devono rimanere presso il proprio domicilio, contattando il proprio medico curante; [...]