

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA PER LE FAMIGLIE

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

(Comune - Provincia o Stato estero)

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

## **Genitore/Tutore dell'alunna/dell'alunno:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

(Comune - Provincia o Stato estero)

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

## **DICHIARA**

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000:

### **SITUAZIONE 1 – assenze NON legate a motivi di salute**

che l'assenza da scuola del proprio figlio/a dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ è dovuta a motivi non legati a problemi di salute. Dichiaro altresì che durante il suddetto periodo il proprio figlio/a non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

### **SITUAZIONE 2 – assenze legate a motivi di salute inferiori o uguali a tre giorni, NON correlate a una possibile infezione da SARS-CoV-2**

che l'assenza del figlio/a non è correlata a una sintomatologia correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì da condizioni cliniche diverse e non sospette.

### **SITUAZIONE 3 – assenze superiori ai tre giorni legate a motivi di salute correlate anche a una possibile infezione da SARS-CoV-2**

di aver sentito il medico curante \_\_\_\_\_ in relazione all'assenza del figlio/a dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ <sup>(nome, cognome)</sup> e di aver seguito le indicazioni ricevute.

Si allega a tal proposito l'attestazione del medico curante.

#### **SITUAZIONE 4 – fine quarantena cautelativa**

- che la quarantena è stata imposta per il seguente periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ incluso;
- che il/i test se effettuato/i ha/hanno prodotto un esito negativo;
- che il proprio figlio/a non presenta più sintomi da almeno tre giorni consecutivi, come appurato dal medico curante.

A evidenza di quanto sopra dichiarato, si allega a titolo esaustivo la seguente documentazione:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

In base a quanto sopra dichiarato, si chiede la riammissione del proprio figlio/a presso l'Istituzione scolastica.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_