

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA PER LE FAMIGLIE

Versione del 1° marzo 2021

Il sottoscritto/La sottoscritta

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

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

(Comune - Provincia o Stato estero)

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

(da compilare nel caso in cui l'alunno/a sia minorenni)

**Esercente la responsabilità genitoriale dell'alunno/dell'alunna o facente veci:**

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, che:

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

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

che l'assenza del/la 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 legate a motivi di salute inferiori o uguali a tre giorni, **ricongiungibili** a una possibile infezione da SARS-CoV-2 (non occorre certificato medico)

che, sentito il medico curante dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, l'assenza del/la figlio/a non è correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì da condizioni cliniche diverse.

**SITUAZIONE 4 – assenze superiori ai tre giorni legate a motivi di salute correlate anche a una possibile infezione da SARS-CoV-2 (si allega l'attestazione del medico curante)**

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

**SITUAZIONE 5 – 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, sentito il medico curante dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ il/la proprio/a figlio/a non presenta più sintomi da almeno tre giorni consecutivi.

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

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_