



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FESR)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle
Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali
Direzione Generale per interventi in materia di Edilizia
Scuolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per
l'Istruzione e per l'Innovazione Digitale
Ufficio IV



Ministero dell'Istruzione

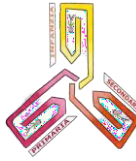
Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia

Istituto Comprensivo Statale "L. DA VINCI"

Via L. Da Vinci, 73 – 20812 Limbiate (MB) - tel. 02/99055908

Cod. mecc. MBIC8GC002 – Codice Fiscale 83011180151 - www.leolimbiate.edu.it

mail mbic8gc002@istruzione.it - segreteria@leolimbiate.edu.it



AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI NON RICONDUCEBILI A SINTOMATOLOGIA COVID 19

Valida anche ai fini della riammissione in collettività scolastica/servizi dell'infanzia

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____ della scuola _____ classe _____ consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

chiede

che il proprio figlio/a possa essere riammesso a scuola a seguito di assenza dal ____ al ____.
A tal fine dichiara che il/la proprio/a figlio/a

- è stato assente per motivi familiari e/o personali
- è stato assente per motivi familiari e/o personali
- RIENTRO dall'ESTERO (PAESE.....) IL GIORNO _____
- è stato assente per motivi di salute non riconducibili a sintomatologia COVID 19
- è stato assente per motivi di salute riconducibili a sintomatologia COVID 19
- è stato assente per isolamento fiduciario (quarantena) disposto da ATS dal..... al e non ha manifestato sintomatologia riconducibile a COVID 19

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- ✓ è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa _____
- ✓ sono state seguite le indicazioni fornite
- ✓ l'alunno/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
- ✓ la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola non è superiore a 37.5 °C

La presente dichiarazione sostituisce la certificazione del medico per il rientro in classe soltanto nei casi in cui lo studente non sia stato inserito, dal DdP o da PLS/MMG, nel percorso COVID 19 o non abbia trascorso il periodo di quarantena disposto da ATS senza manifestare sintomi.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

RIFERIMENTI Circolare Ministero Salute G1.2020.0031152 del 14/09/2020, Circolare della Direzione Generale Welfare, prot. n. G1.2020.0034843 del 19/10/2020, nota Assessorato Sanità Regione Lombardia protocollo G1.2020.0034843 del 19/10/2020, nota Assessorato Sanità Regione Lombardia protocollo G1.2020.006794