

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.I.S. "FRANCESCO PAOLO CASCINO"
DI PALERMO**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE NON COVID CORRELATI
O PER MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI
Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
prov. (____) e residente in _____ via _____
cellulare _____, in qualità di:

☐ genitore ☐ tutore ☐ soggetto affidatario ☐ alunno/a maggiorenne
(segnare con una X)

dell'alunno/a: _____ frequentante la classe _____ di codesto istituto, 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 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- 1) che il periodo di assenza dal _____ al _____ del/la proprio figlio/a è dovuto a motivi FAMILIARI/PERSONALI e non è riconducibile a motivi di salute/malattia. Chiede, pertanto, la riammissione a scuola (specificare nel rigo sottostante il motivo dell'assenza)
- _____
- _____

OVVERO

- 2) che il periodo di assenza dal _____ al _____ del/la proprio figlio/a è dovuto a motivi di salute non riconducibili al Covid 19, che ha contattato il medico di famiglia/pediatra e ha seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19, come disposto da documenti nazionali e regionali, per cui il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso a scuola in quanto il periodo di assenza è dovuto a motivi di salute con sintomi **non** assimilabili al COVID-19.

DICHIARA INOLTRE

- che nei giorni di assenza l'alunno/a non ha presentato febbre superiore a 37,5° o sintomatologia riferibile a Covid-19 [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 durante l'assenza l'alunno/a non è stato/a in quarantena o isolamento domiciliare e che negli ultimi 14 giorni non è stato/a in contatto con persone positive al Covid-19 per quanto di sua conoscenza.

Data ____/____/____

Firma
