

AUTODICHIARAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA DELL'ALLIEVO

I sottoscritti genitori (Nome e cognome dei genitori e/o tutori):

Nome	Nome
Cognome	Cognome
Nato/a il/...../..... a	Nato/a il/...../..... a
....., in provincia di (.....), residente a, in provincia di (.....), residente a
..... Pr. Pr.

In qualità di tutore/tutrice legale del/della minore:

(Nome e cognome del minore) nato/a il/..... /....., a Pr. (.....), residente a Pr. (.....), iscritto Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria I grado classe sezione Plesso

- **consapevole/i** che in assenza di richiesta da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG), il tampone potrebbe non essere effettuato nei tempi previsti e potrebbe essere una prestazione non appropriate che crea inutile disagio al soggetto in particolare se di giovane età;

- **consapevole/i** 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;

DICHIARA/DICHIARANO

CHE IL/LA PROPRIO/PROPRIA FIGLIO/A (apporre una X nello spazio interessato):

<input checked="" type="radio"/>	1 – Assente per motivi di salute non riconducibili al Covid-19, è stato valutato dal Medico di Medicina Generale (MMG)/Pediatra di Libera Scelta (PLS), dott./dott.ssa. Per il rientro a scuola sono state seguite le indicazioni mediche fornite dallo specialista. Il/La bambino/a - ragazzo/ragazza non presenta più sintomi da almeno 48 ore.
<input checked="" type="radio"/>	2- Assente per malattia Covid – 19 o sospetto Covid-19, è stato valutato dal Medico di Medicina Generale (MMG)/Pediatra di Libera Scelta (PLS), dott./dott.ssa che ha ritenuto di sottoporlo al percorso diagnostico – trattamento terapeutico e di prevenzione per Covid-19, che risulta alla data terminato. Si produce in allegato alla scuola: <input type="checkbox"/> attestato di avvenuta guarigione e reintegro a scuola <input type="checkbox"/> certificato medico/attestato di fine isolamento
<input checked="" type="radio"/>	3 – Assente per isolamento/quarantena della classe/sezione, disposto dal Dipartimento di Prevenzione a livello sanitario Ambito territoriale ASLTO3. Si richiede il reintegro scolastico a seguito di: <input type="checkbox"/> esito di tampone negativo rilasciato in data _____ <input type="checkbox"/> dopo il 14° giorno
<input type="checkbox"/>	4 – Assente per isolamento/quarantena contatto stretto a livello familiare; è stato contattato il Medico di Medicina Generale (MMG)/Pediatra di Libera Scelta (PLS), dott./dott.ssa, il quale ha richiesto/non ha richiesto il tampone ¹ . Il/La bambino/a - ragazzo/ragazza alla data non presenta sintomi.

CHIEDE/CHIEDONO

pertanto la riammissione a scuola dell'alunno/a assente dal al

Luogo e data _____

Firma genitori (o titolari della responsabilità genitoriale)

In caso della firma di un solo genitore

Il sottoscritto _____, consapevole dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, in qualità di genitore, o di chi esercita la responsabilità genitoriale dell'allievo dichiara di aver effettuato il consenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316 c.1, Art. 337- ter c. 3 e Art. 337-quater c. 3 del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

¹ Nel caso in cui il/la bambino/bambina - il ragazzo/la ragazza abbia effettuato il tampone sarebbe opportuno che il suo rientro a scuola avvenisse a seguito di esito di tampone (negativo).