

	<p style="text-align: center;"><b>ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "LUIGI CAPUANA"</b></p> <p style="text-align: center;">di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado Istituto ad Indirizzo Musicale: Chitarra - Flauto - Pianoforte - Violino Ambito Territoriale di Catania n° 008 Codice Meccanografico: CTIC81100Q - Codice Fiscale: 82002070876 Sito Internet: <a href="http://www.icmineo.it">www.icmineo.it</a> - Indirizzo e.mail: <a href="mailto:ctic81100q@istruzione.it">ctic81100q@istruzione.it</a> Indirizzo Pec: <a href="mailto:ctic81100q@pec.istruzione.it">ctic81100q@pec.istruzione.it</a> - Codice Univoco UFN750 (0=zero) Sede Legale: Via Paolo Maura 26 - Tel./Fax 0933981165 Sede Amministrativa: Via S. Ippolito sn - Tel. 0933982141 / Fax 0933989003 95044 <b>MINEO</b> (CT)</p>	
---	---	---

Allegato 2

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE  
NON RICONDUCIBILI AL COVID-19  
(fino a 4 giorni di assenza)**

(AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)

***In considerazione dell'emergenza sanitaria in atto (Coronavirus COVID-19), a titolo precauzionale La preghiamo di compilare la presente scheda di autodichiarazione per l'assenza del/la proprio/a figlio/a per motivi di salute. Qualora Lei non intenda compilare e sottoscrivere la presente autodichiarazione non potrà essere consentito l'accesso dell'alunno/a nei locali della scuola.***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_, in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a \_\_\_\_\_,  
nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ (infanzia/ primaria / secondaria di primo grado), **consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.) , e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,**

**DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a, assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ,nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19: febbre (> 37,5° C), 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.

Pertanto ne chiede la riammissione.

Luogo e data

*Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)*

**NOTA IMPORTANTE:**

- ✓ Dal 5° giorno di assenza l'alunno rientrerà in classe esclusivamente con certificato medico
- ✓ Nella determinazione dei giorni di assenza si computano anche i giorni di sabato, domenica e i giorni festivi.