

	<p align="center">ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "LUIGI CAPUANA"</p> <p 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: www.icmineo.it - Indirizzo e-mail: ctic81100q@istruzione.it Indirizzo Pec: ctic81100q@pec.istruzione.it - 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 MINEO (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.

<p><i>Luogo e data</i></p> <p>_____</p>	<p align="right"><i>Il genitore</i> <i>(o titolare della responsabilità genitoriale)</i></p> <p align="right">_____</p>
---	---

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.