

	<p style="text-align: center;">ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "LUIGI CAPUANA"</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: 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 1

**SCUOLA DELL'INFANZIA
AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI FAMIGLIA**

(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 famiglia. 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 _____,
consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Che il/la proprio/a figlio/a _____ frequentante la sezione _____, assente dal _____ al _____ nel periodo dell'assenza da scuola

- è stato impegnato in attività con la propria famiglia
- non è stato in un luogo dal quale il rientro comporti delle procedure sanitarie
- 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.

Data _____

Firma _____

NOTA IMPORTANTE:

- ✓ Dal 6° 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.