



Istituto Comprensivo Orvieto Baschi
P.zza Marconi, 4 05018 ORVIETO (TR)
Tel. 0763\391006-342611 - Fax 0763\394483 C.F.90017220550
E mail tric823007@istruzione.it tric823007@pec.istruzione.it

Orvieto, 25 settembre 2020

Ai genitori di tutti gli studenti di questo istituto

COM. N. 18 - ASSENZE

Con riferimento alla circolare numero_11__ del_ 14/09/2020__ si ricorda che: per assenze superiori a tre giorni, dovute a malattia, la riammissione a scuola potrà avvenire solo su presentazione di certificato medico. Nel caso in cui, invece, l'assenza fosse inferiore o uguale ai tre giorni, indipendentemente dal motivo oppure superiore ai tre giorni ma per motivi diversi dalla malattia è necessario presentare autocertificazione secondo modello allegato. Gli studenti della scuola secondaria devono, in ogni caso, giustificare anche sul libretto/diario

Si ringrazia per la collaborazione e si saluta cordialmente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dr.ssa Antonella MEATTA
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3
comma 2 del D.L. 39/93



Istituto Comprensivo Orvieto Baschi
P.zza Marconi, 4 05018 ORVIETO (TR)
Tel. 0763\391006-342611 - Fax 0763\394483 C.F.90017220550
E mail tric823007@istruzione.it tric823007@pec.istruzione.it

OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA ALUNNO/A CHE NON NECESSITA DI CERTIFICATO MEDICO.

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di
genitore/tutore dell'alunno/a _____, frequentante la
classe _____ sezione _____ della scuola Infanzia Primaria Secondaria di I grado
del Comune di _____

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazioni mendaci, che il/la suddetto/a alunno/a non è affetto/a da malattie contagiose e diffuse in atto e sarà/è stato assente da Scuola

dal _____ al _____ compreso, per complessivi giorni _____, per la seguente motivazione:

- Familiari
 Accertamenti diagnostici
 Altro (specificare) _____

Evento morboso che il Pediatra o Medico di Medicina Generale ha ritenuto, previa consulenza, non riconducibile al contagio da Sars Cov – 2. Si ricorda a tal proposito che la consultazione del medico, nei casi di malattia, è un atto dovuto da parte del genitore.

In ogni modo, per una qualsiasi delle evenienze sopra descritte dichiara che **IL PROPRIO FIGLIO/A NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID-19** ovvero:

- Febbre superiore a 37,5°C e/o tosse e rinite con difficoltà respiratoria;
vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere);
diarrea (tre o più scariche con feci liquide o semiliquide);
perdita del gusto (in assenza di raffreddore);
perdita dell'olfatto (in assenza di raffreddore)

Luogo e data, _____

FIRMA di entrambi i genitori _____

Apporre una crocetta sulla voce seguente **solo se è un solo genitore a firmare la dichiarazione**

Consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiaro che la presente informativa è firmata da un solo genitore perché genitore unico ovvero, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del C.C. che richiedono il consenso di entrambi i genitori, autorizzato alla presente firma dall'altro genitore esercente la potestà genitoriale.

=====

SPAZIO RISERVATO ALLA SCUOLA

Acquisito dal docente di classe/coordinatore di classe in data _____

Firma del docente di classe/coordinatore di classe _____