

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____ a _____
residente in _____ via _____, identificato/a mezzo
_____ nr. _____ rilasciato/a da _____ il
_____, utenza telefonica _____ genitore di
_____ consapevole delle **conseguenze penali** previste in caso di dichiarazioni mendaci
previste dall'art. 483 cod. pen. per come richiamato dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. che proprio/a figlio/a è stato/a:

- assente da scuola dal _____ al _____ per un totale di giorni _____;
- allontanato da scuola il giorno _____.

2. che l'assenza/allontanamento nei suddetti giorni è stata causata da:

- MOTIVI DI SALUTE** quali raffreddore (non accompagnato da febbre e/o altri sintomi) o altri sintomi (mal di testa, dolori mestruali ecc...) che non sono riconducibili tra i cosiddetti *sintomi compatibili con COVID-19**.
- MOTIVI DI SALUTE** con PRESENZA di *sintomi compatibili con COVID-19** e che il quadro generale è stato valutato dal pediatra/medico di medicina generale dr./dr.ssa _____ contattato in data _____, il quale ha escluso il rischio di SARS-CoV-2 nel soggetto e che pertanto non ha ritenuto necessario procedere con ulteriori approfondimenti diagnostici (es. test rapido, tampone...).
- MOTIVI DI SALUTE DI CONVIVENTI** che presentavano *sintomi compatibili con COVID-19** e che sono stati segnalati all'ASL dal proprio medico curante. In attesa dell'esito dell'indagine diagnostica, risultata poi negativa, il soggetto iscritto a scuola è rimasto a casa per tutelare sé stesso e gli altri.
- VIAGGI o SOGGIORNI ALL'ESTERO** che comunque non sono avvenuti in paesi ritenuti e dichiarati ufficialmente ad elevato rischio di contagio da SARS-CoV-2 dalle Autorità Competenti Nazionali Italiane e che in ogni caso sono state rispettate le procedure previste dalla normativa vigente (DPCM 07/08/2020, Ordinanza Regione Veneto n. 84 del 13/08/2020 e successive modifiche).
- ALTRO** (specificare) _____

* **Sintomi compatibili con Covid-19: febbre (> 37,5° C), sintomi respiratori acuti come tosse e rinite con difficoltà respiratoria, vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere), diarrea (tre o più scariche con feci semiliquide liquide), perdite del gusto (in assenza di raffreddore), perdita dell'olfatto (in assenza di raffreddore), mal di testa intenso [def. Ordinanza Regione del Veneto n. 105 del 02/10/2020].**

3. che né proprio/a figlio/a, né i suoi conviventi sono stati sottoposti negli ultimi 14 giorni dalla data di sottoscrizione della presente dichiarazione, alla misura della quarantena o di isolamento domiciliare e di non essere stato in contatto negli ultimi 14 giorni con persone sottoposte ad analoghe misure;

4. che attualmente proprio/a figlio/a e i suoi conviventi sono in stato di buona salute e non presentano sintomi compatibili con COVID-19.

Le presenti dichiarazioni sono predisposte in ottemperanza a quanto previsto dall'Ordinanza Regione Veneto n. 105 del 2 ottobre 2020 e saranno custodite in ottemperanza alla normativa sulla privacy.

_____, il _____

Firma

Si allega documento di identità