

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO
PER ASSENZE inferiori o uguali a 3 giorni e
superiori a 3 giorni non legate a questioni sanitarie *

Il/la sottoscritto/a _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ Prov _____
In Via _____ n. _____
Tel. _____

in qualità di genitore/esercente la potestà genitoriale dell'alunno:

_____ Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Che durante la assenza avvenuta dal..... al..... **IL PROPRIO FIGLIO/A NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID-19:**

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**

(*3 giorni si intendono di frequenza scolastica, non debbono essere conteggiati i giorni festivi.)