

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO AI SENSI DEL DPR 445/2000  
(NEL CASO DI ASSENZA ANCHE SE PREVENTIVAMENTE COMUNICATA)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ IN QUALITÀ DI GENITORE  
ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE  
DELL'ALUNNO/A \_\_\_\_\_ FREQUENTANTE LA CLASSE \_\_\_\_\_  
DELLA SCUOLA:  
dell'INFANZIA \_\_\_\_\_  
PRIMARIA \_\_\_\_\_  
SECONDARIA DI PRIMO GRADO \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL DPR 28/12/2000 N. 445  
CONSAPEVOLE CHE I SINTOMI ASCRIVIBILI AL COVID 19 SONO:

FEBBRE UGUALE O SUPERIORE A 37.5°C, CEFALEA, SINTOMI GASTROINTESTINALI,  
FARINGODINIA, DISPNEA, RINORREA, MIALGIA, TOSSE, PERDITA DI GUSTO O  
DELL'OLFATTO, CONGIUNTIVITE

**DICHIARA**

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE L'ALUNNO/A \_\_\_\_\_  
ASSENTE PER MOTIVI:

FAMILIARI

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_, FA RIENTRO A SCUOLA E NON  
PRESENTA SINTOMI ASCRIVIBILI A CONTAGIO DA COVID 19; NON È STATO/A IN  
QUARANTENA O IN ISOLAMENTO DOMICILIARE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI; NON È  
STATO/A IN CONTATTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI, PER QUANTO NELLE PROPRIE  
CONOSCENZE, CON PERSONE POSITIVE AL COVID 19.

DI SALUTE

FA RIENTRO A SCUOLA DOPO AVER CONSULTATO IL PEDIATRA O MEDICO DI  
FAMIGLIA E CHE I SINTOMI ACCUSATI IN DATA \_\_\_\_\_  
DURANTE L'ORARIO SCOLASTICO O AL DI FUORI DELL'ORARIO SCOLASTICO  
DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_, NON SONO ASCRIVIBILI A CONTAGIO DA  
COVID 19.

N.B. da usare per **breve assenze**, che non comportano la presentazione di certificato medico, per  
**motivi di famiglia** (per i quali è opportuno preavvisare il coordinatore di classe) o per **motivi di  
salute in assenza di sintomi COVID, PREVIO CONTATTO, IN OGNI MODO, CON IL  
PEDIATRA o MEDICO di FAMIGLIA**

CASTIGLION FIORENTINO, il \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_