

## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000

Minore che frequenta l'Istituto **Comprendivo Garibaldi** di Cinisello Balsamo (MI)

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

telefono o cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di genitore / titolare della responsabilità genitoriale **DEL MINORE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

frequentante la Classe/Sezione/Plesso \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ (barrare una delle seguenti opzioni)

- che il proprio figlio/a è stato assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e può essere riammesso a scuola poiché si è assentato per MOTIVI FAMILIARI ( matrimoni, visita medica, dentista, ecc.)
- che il proprio figlio/a è stato assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e/o è uscito in anticipo il giorno \_\_\_\_\_ per problemi di salute AVENDO PRESENTATO i sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 e, dopo aver contattato il Pediatra o il Medico di medicina generale può essere riammesso in classe poiché non è stato ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico per Covid-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.
- Che il proprio figlio/a si è assentato/a dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ a causa di malessere passeggero ( es. mal di denti, distorsione alla caviglia, ecc.) e che può essere riammesso/a scuola poiché nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO i sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19.
- Che il proprio figlio/a è rimasto in quarantena fiduciaria su indicazione della scuola e/o dell'Ats per i giorni previsti dall'attuale normativa a partire dall'ultimo contatto con positivo, senza aver avuto sintomi potenzialmente sospetti per Covid-19 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ed ha seguito le indicazioni previste dall'ATS (vedi portale ATS MILANO <https://www.ats-milano.it/portale/LinkClick.aspx?fileticket=yxaARQqwKpY%3d&portalid=0>)

### ELENCO DEI SINTOMI POTENZIALMENTE SOSPETTI PER COVID-19

- Febbre ( uguale o maggiore di 37,5° C)
- Tosse
- Difficoltà respiratorie
- Congiuntivite (bruciore agli occhi)
- Rinorrea/congestione nasale (raffreddore)
- Sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea, mal di pancia)
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto(ageusia/disgeusia)
- Perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- Mal di gola
- Cefalea (mal di testa)
- Mialgia (dolore al sistema muscolare)

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_