

AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "A.Pacinotti"-
Marigliano

I sottoscritti _____ (padre) e _____ (madre) aventi
la potestà genitoriale dell'alunno/a _____ frequentante la classe
_____ della scuola del plesso

consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole
dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela
della salute della collettività,

DICHIARANO

che il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di sospensione delle attività
didattiche in presenza

- NON HA PRESENTATO (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche) SINTOMI RIFERIBILI AL Covid-19

Oppure che

- HA EFFETTUATO IL TEST TRAMITE TAMPONE CON ESITO NEGATIVO (Allegare il certificato di negatività rilasciato dal proprio medico curante - medico di base)

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)
dottor/ssa

_____ sono state seguite le indicazioni fornite

l'alunno/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore

la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigrade

In fede

Luogo _____, ____/____/____

Il padre: _____

La madre: _____

I sottoscritti, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiarano di avere effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data :

Firma madre _____

Firma padre _____