

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA PER ASSENZE
UGUALI O SUPERIORI A 5 GIORNI***

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

.....

*5 giorni si intendono di frequenza scolastica, non debbono essere conteggiati i giorni festivi come previsto dal art. 14 del Regolamento d'Istituto e dalle "Indicazioni Operative" dell'O.P.G.R. Umbria n.55 del 22 settembre 2020.