

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA PER LE FAMIGLIE

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

(Comune - Provincia o Stato estero)

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

(da compilare nel caso in cui l'allievo/a sia minorenni)

**Genitore/Tutore dell'alunna/dell'alunno:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

(Comune - Provincia o Stato estero)

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

## DICHIARA

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000, che:

### SITUAZIONE 1 – assenze **NON** legate a motivi di salute

*Allievo minorenni:*

che l'assenza da scuola del proprio figlio/a dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ è dovuta a motivi non legati a problemi di salute. Dichiaro altresì che durante il suddetto periodo il proprio figlio/a non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

*Allievo maggiorenne:*

che l'assenza da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ è dovuta a motivi non legati a problemi di salute. Dichiaro altresì che durante il suddetto periodo non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

### SITUAZIONE 2 – assenze legate a motivi di salute inferiori o uguali a tre giorni, **NON** correlate a una possibile infezione da SARS-CoV-2 (non occorre certificato medico)

*Allievo minorenni:*

che l'assenza del figlio/a non è correlata a una sintomatologia correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì da condizioni cliniche diverse e non sospette.

*Allievo maggiorenne:*

che la propria assenza non è correlata a una sintomatologia correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì da condizioni cliniche diverse e non sospette.

**SITUAZIONE 3 – assenze legate a motivi di salute inferiori o uguali a tre giorni, riconducibili a una possibile infezione da SARS-CoV-2 (non occorre certificato medico)**

*Allievo minorenni:*

che, sentito il medico curante dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, l'assenza del figlio/a non è correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì da condizioni cliniche diverse.

*Allievo maggiorenne:*

che, sentito il medico curante, la propria assenza non è correlata a una sintomatologia correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì da condizioni cliniche diverse.

**SITUAZIONE 4 – assenze superiori ai tre giorni legate a motivi di salute correlate anche a una possibile infezione da SARS-CoV-2**

*Allievo minorenni:*

di aver sentito il medico curante \_\_\_\_\_ in relazione all'assenza del figlio/a dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (nome, cognome) e di aver seguito le indicazioni ricevute.

Si allega a tal proposito l'attestazione del medico curante.

*Allievo maggiorenne:*

di aver sentito il medico curante \_\_\_\_\_ in relazione alla propria assenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (nome, cognome) e di aver seguito le indicazioni ricevute.

Si allega a tal proposito l'attestazione del medico curante.

A evidenza di quanto sopra dichiarato, si allega a titolo esaustivo la seguente documentazione:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

In base a quanto sopra dichiarato, si chiede la riammissione

del proprio figlio/a  del/la sottoscritto/a

presso l'Istituzione scolastica.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

## SITUAZIONE 5 – fine quarantena cautelativa

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

(Comune - Provincia o Stato estero)

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

(da compilare nel caso in cui l'allievo/a sia minorenne)

**Genitore/Tutore dell'alunna/dell'alunno:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

(Comune - Provincia o Stato estero)

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

**Allievo minorenne:**

- che la quarantena è stata imposta per il seguente periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ incluso;
- che il/i test se effettuato/i ha/hanno prodotto un esito negativo;
- che, sentito il medico curante, Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ il proprio figlio/a non presenta più sintomi da almeno tre giorni consecutivi.

**Allievo maggiorenne:**

- che la quarantena è stata imposta per il seguente periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ incluso;
- che il/i test se effettuato/i ha/hanno prodotto un esito negativo;
- che, sentito il medico curante, il sottoscritto/la sottoscritta non presenta più sintomi da almeno tre giorni consecutivi.

A evidenza di quanto sopra dichiarato, si allega a titolo esaustivo la seguente documentazione:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

In base a quanto sopra dichiarato, si chiede la riammissione

del proprio figlio/a

del/la sottoscritto/a

presso l'Istituzione scolastica.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_