|  |
| --- |
| Descrizione: C:\Users\Corinna\Desktop\STEMMA ALESSANDRINI RGB.jpg**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “Emilio Alessandrini”*AD ORIENTAMENTO MUSICALE*Via Bramante, 5 – 20090 CESANO BOSCONE (MI)**Tel. 02/4501300 – Fax 02/4503925 – [www.icsalessandrinicesanob.it](http://www.mediacesano.it)email: MIIC8ES004@istruzione.it - pec: MIIC8ES004@pec.istruzione.it C.F. 80148910153 - C.M. MIIC8ES004 |

**AUTODICHIARAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

scuola ❑ INFANZIA ❑ PRIMARIA ❑ SECONDARIA

**consapevole 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,**

giustifica l’assenza dalle lezioni del/della proprio/a figlio/a dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_ e **DICHIARA**

❑ In caso di assenza dell’alunno/a **per motivi di salute riconducibili a Covid-19**, di:

 aver consultato il Medico di Medicina Generale (medico di famiglia/pediatra), di essersi attenuto scrupolosamente alle indicazioni ricevute e allega la certificazione medica attestante la possibilità di essere riammesso in classe.

❑ In caso di assenza dell’alunno/a **per motivi di quarantena come contatto stretto al di FUORI dell’ambito scolastico** di aver consultato il Pediatra/Medico di Medicina Generale e di essersi attenuto scrupolosamente alle indicazioni ricevute, di aver rispettato i giorni di quarantena indicati e allega la certificazione medica attestante la possibilità di essere riammesso in classe.

 In caso di assenza dell’alunno/a **per motivi di quarantena come contatto stretto IN ambito scolastico** di:

 ❑ aver rispettato i 14 giorni di quarantena indicati, di non aver contratto in tale periodi sintomi riconducibili al Covid-19, di aver consultato il Pediatra/Medico di Medicina Generale e di essersi attenuto scrupolosamente alle indicazioni ricevute, di **aver seguito, nel periodo di quarantena, la didattica a distanza** e di rientrare senza aver riscontrato in tale periodo sintomatologie riconducibili al Covid-19 o altra condizione di salute che avrebbe potuto inficiare la regolare frequenza in condizioni di scuola in presenza.

❑ aver effettuato il tampone dopo 10 giorni con esito negativo e allega la certificazione medica attestante la possibilità di essere riammesso in classe;

In caso di assenza dell’alunno/a **per motivi di salute NON riconducibili al Convid-19**, di

❑ aver consultato il Medico di Medicina Generale (medico di famiglia/pediatra) e di essersi attenuto scrupolosamente alle indicazioni ricevute.

 ❑ Che l’assenza dell’alunno/a **non** è stata determinata da motivi di salute e che pertanto si è assentato per i

 seguenti motivi:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Cesano Boscone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il genitore

 (o titolare della responsabilità genitoriale)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_