**Al Dirigente scolastico**

**Istituto Comprensivo Torano Castello – San Martino di Finita – Cerzeto (CS)**

**MODELLO D - AGGIORNATO AL 12.10.2020**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL’ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**

**PER PREAVVISO / GIUSTIFICAZIONE ASSENZE NON SUPERIORI A 3/5 GIORNI**

***Campo riservato al genitore***

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

CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore

**DEL MINORE**

**frequentante l’Istituto Comprensivo Torano Castello – San Martino di Finita – Cerzeto (CS)**

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

Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_ Plesso Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PREAVVISA OVVERO GIUSTIFICA(\*)**

(\*) *la giustificazione del genitore mediante autocertificazione è ammessa ed è richiesta ai fini della riammissione a scuola,* ***solo*** *per assenze non preavvisate non superiori ai 3 gg. per la scuola dell’infanzia ed ai 5 gg. per la scuola primaria e secondaria di I grado, ovvero, non conseguenti a disposizione di allontanamento da scuola a seguito di isolamento per sospetta sintomatologia da Covid-19*. *In tutti gli altri casi – assenze non preavvisate e superiori ai 3-5 gg. ovvero conseguenti a disposizione di allontanamento da scuola per sospetta sintomatologia da Covid-19 - la riammissione in classe necessita di contestuale trasmissione obbligatoria di certificazione medica rilasciata dal pediatra di libera scelta.*

**L’ASSENZA DEL/DELLA PROPRIO/A FIGLIO/A SCUOLA**

dal \_ \_ / \_ \_ / 202\_ al \_ \_ / \_ \_ / 202\_ per un totale di n. \_ \_ giorni

***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**

In caso di assenza temporanea e breve da scuola (fino a 3/5 gg.):

* Che il/ proprio/a figlio/a sarà ovvero è stato/a assente per motivi non collegati al proprio stato di salute

*in alternativa*

* Di essersi recato dal proprio pediatra di libera scelta DR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che nulla ha avuto riferito circa la necessità di adozione di misure previste dalla normativa COVID-19.

*In ogni caso per la riammissione occorre dichiarare:*

* Di non essere a conoscenza d’avere avuto contatti, negli ultimi 14 gg., con persone positive al COVID 19 o per le quali sono adottate, dalla normativa vigente d’emergenza, particolari protocolli di isolamento o quarantena e/o limitazioni
* Di non essere stato in quarantena o in isolamento, volontario o d’ufficio, negli ultimi 14 giorni
* Di essere consapevole dell’obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario, fino ad esito del tampone nel caso in cui lo stesso sia stato effettuato
* Di essere consapevole dell’obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio, fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone
* Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario prescritte dall’ASL competente, fino ad esito del doppio tampone
* Di essere risultato negativizzato, a seguito dell’adozione del protocollo di controllo, e che, come da certificato rilasciato dall’ASL, che si allega in copia, può essere riammesso in classe.

**DICHIARA ALTRESI’**

***BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI***:

Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l’accesso a scuola ha goduto di ottima salute

Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l’accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

In fede Data

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

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.