**Allegato 2**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE**

**NON RICONDUCIBILI AL COVID-19**

**(fino a 4 giorni di assenza INFANZIA**

**6 giorni secondaria primaria)**

 (AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)

***In considerazione dell’emergenza sanitaria in atto (Coronavirus COVID-19), a titolo precauzionale La preghiamo di compilare la presente scheda di autodichiarazione per l’assenza del/la proprio/a figlio/a per motivi di salute. Qualora Lei non intenda compilare e sottoscrivere la presente autodichiarazione non potrà essere consentito l’accesso dell’alunno/a nei locali della scuola.***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.\_\_\_\_), residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.\_\_\_\_), frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(infanzia/ primaria / secondaria di primo grado), **consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.) , e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,**

**DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a, assente dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19: febbre (> 37,5° C), tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia), perdita/diminuzione improvvisa dell’olfatto (anosmia/iposmia), mal di gola, cefalea, mialgie.

Pertanto ne chiede la riammissione.

 *Il genitore*

*Luogo e data (o titolare della responsabilità genitoriale)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*NOTA IMPORTANTE:*

* *Dal 5° giorno di assenza l’alunno rientrerà in classe esclusivamente con certificato medico*
* *Nella determinazione dei giorni di assenza si computano anche i giorni di sabato, domenica e i giorni festivi.*