Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore/tutore dell’alunn\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_

**DICHIARO**

consapevole che 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 e la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

che mio/a figlio/a si è assentato/a dal giorno .............….……..…. al giorno ……...................... per il seguente motivo:

**1.** ASSENZA NON LEGATA A MOTIVI DI SALUTE

dichiaro che l’assenza è dovuta a:

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

**2.** ASSENZA LEGATA A VIAGGI / SOGGIORNI ESTERI

dichiaro di aver ottemperato per mio figlio/a alle regole per i viaggiatori previste dal Ministero della Salute.

**3.** ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - in base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG) LEGATA a un percorso diagnostico/terapeutico da COVID-19. Allego attestazione medica attestante la fine del percorso diagnostico/terapeutico.

**4.** ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - in base a disposizione di isolamento domiciliare fiduciario disposto da ATS.

Allego attestazione medica attestante la fine del percorso diagnostico/terapeutico.

**5.** ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - in base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG) NON LEGATA a sintomatologia riconducibile a COVID-19. Dichiaro che il minore è stato assente per motivi di salute e che, a seguito di contatto con il PLS/MMG, lo stesso non ha ritenuto opportuno attivare un percorso diagnostico legato al COVID-19 ed ha fornito indicazione circa la data di ripresa delle attività scolastiche.

**E CHIEDO**

quindi la riammissione alla frequenza scolastica.

Luogo e data, Firma del genitore / tutore

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