

Modulo B



pon
2014-2020



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "LEONARDO DA VINCI"
ITI - IPAA – IPSSAR – ITCG -87055 SAN GIOVANNI IN FIORE (CS)

Codice Meccanografico: CSIS07700B

Tel. 0984/1861932 PEC: csis07700b@pec.istruzione.it

Sede Cent- Via delle Ginestre- Azienda Agraria : contrada Palla Palla- plesso ITCG : Via Ceretti

email: csis07700b@istruzione.it www.iisdavincisangiovanniinfiore.edu.it



Autodichiarazione

- Rientro a scuola di Alunni assenti periodi uguali o inferiori a 5(cinque) giorni, per motivi di famiglia o di salute non inerenti al Covid - 19

- Rientro a scuola di Alunni per assenze di lunga durata per motivi di famiglia o altri motivi non di salute, concordate preventivamente con l'istituto scolastico.

Il sottoscritto, Cognome _____ Nome _____

C.Fisc. _____ Data di Nascita _____

Residenza _____ Via _____ N° _____

Tel _____ ; Mail _____

In qualità di genitore del minore

Cognome _____ Nome _____

Frequentante la classe _____ di questo Istituto, sotto la propria responsabilità,

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per dichiarazioni false, falsità negli atti e l'uso di atti falsi

Dichiara

Che il/la proprio/a figlio/a è stato assente per

Per motivi non collegati al proprio stato di salute

Per motivi di salute non riconducibili alla sintomatologia Covid-19

E dichiara inoltre che il proprio/a figlio/a

<input type="checkbox"/>	Non presenta in data odierna e non ha presentato nei giorni precedenti sintomatologia respiratoria e/o febbre superiore a 37.5° C
<input type="checkbox"/>	Non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia(stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto.
<input type="checkbox"/>	Non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni
<input type="checkbox"/>	Non è stato in contatto con persone positive, per quanto di mia conoscenza, negli ultimi 14 giorni e nella 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi
<input type="checkbox"/>	Non è rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno stato Estero o da zona ad alto rischio di contagio

Data _____

Firma Leggibile _____