



Piazza Dante n. 26 – 76125 TRANI (BT) – tel. 0883.582627
Codice meccanografico: BAMB209001 – Cod. Fisc.:83002390728
e-mail: bamm209001@istruzione.it - PEC: bamm209001@pec.istruzione.it

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA SINTOMATOLOGIA COVID-19 RIAMMISSIONE A SCUOLA

(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ il _____
residente in _____
in qualità di genitore / tutore legale di _____
nata/o a _____ il _____
frequentante la classe _____ sez. _____ ,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contrasto della diffusione di COVID-19 e per la tutela della salute e della collettività

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dalla stessa:

- NON HA PRESENTATO SINTOMI (*croccettare in assenza di manifestazioni sintomatiche*)
- HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) Dottor/ssa _____ ;
- sono state seguite le indicazioni fornite;
- l'alunno/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore;
- La temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Trani, _____

Il genitore (tutore legale) _____