

****

**IN QUESTA SCUOLA**

**SI ATTUANO**

**PROGETTI PON**

|  |
| --- |
| **I.C. 3 “de Curtis – Ungaretti” ad Indirizzo Musicale**  **Scuola dell’Infanzia -Scuola Primaria – Scuola Secondaria di 1° grado**  Sede Centrale: Via Viola, 20 – 80056, Ercolano (NA) - tel. 081/7713113 -081/7881287 - fax 0817881289  Plesso Ungaretti: Via Case Vecchie – tel. 0817393861 - Plesso Genovese: Via Palmieri – tel. 0817881291  C.F. : 95170720635 – Cod. mecc. : NAIC8DA007  [www.ic3decurtisungaretti.edu.it](http://www.ic3decurtisungaretti.edu.it) - e-mail: [naic8da007@istruzione.it](mailto:naic8da007@istruzione.it) – [naic8da007@pec.istruzione.it](mailto:naic8da007@pec.istruzione.it) |

**AUTODICHIARAZIONE assenza da scuola per motivi di salute non sospetti per Covid 19**

fino a 3 giorni (Infanzia) e fino a 5 giorni (Primaria/Secondaria)

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) diell’alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Infanzia/Primaria/Secondaria);

***consapevole, di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,***

DICHIARA

* che il/la proprio/a figlio/a è stato assente dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. giorni/n.ore \_\_\_\_\_\_\_\_ **per motivi di salute non riconducibili alla sintomatologia Covid-19**;
* di essere consapevole che, in caso di presenza di sintomi riconducibili a Covid è tenuto a contattare il medico pediatra per le valutazioni cliniche e per gli esami necessari primi della riammissione a scuola;
* di avere preso contatto con il pediatra di famiglia/medico curante e di averne seguito le indicazioni

OPPURE

* di non avere preso contatto con il pediatra di famiglia/medico curante;
* che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a scuola poiché nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti Covid 19:
* febbre superiore a 37.5° C
* tosse
* difficoltà respiratorie
* congiuntivite
* rinorrea/congestione nasale
* sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
* perdita/alterazione improvvisa del gusto(agesia/disgeusia)
* perdita/diminuzione improvvisa dell’olfatto (anosmia/iposmia)
* mal di gola,
* cefalea,
* Mialgia

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_