



**Ministero dell' Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO EST 1 – BRESCIA**

Via A. Del Verrocchio, 328, 25124 BRESCIA – BSIC878006 - C. F. 98093050171 Tel. 0302306867 Fax 0302306462
bsic878006@istruzione.it; bsic878006@pec.istruzione.it www.istitutocomprensivoest1.edu.it

AUTODICHIARAZIONE RIAMMISSIONE A SCUOLA

(ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE PRIVI DI SINTOMATOLOGIA SIMIL COVID-19 / ASSENZA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/RIENTRO DALL'ESTERO)

ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____

Plesso _____ Classe _____ Sezione _____

DICHIARANTE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____, e residente in _____ Via _____, in qualità di

genitore esercente la responsabilità genitoriale, per il rientro del/lla minore a scuola e la fruizione del servizio, consapevole delle proprie responsabilità anche penali e dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività

DICHIARA

MOTIVI FAMILIARI (SI NO)

che l'assenza è dovuta a motivi familiari non dovuti a quarantena o contatto stretto con soggetti con sintomatologia Covid

MOTIVI DI SALUTE (SI NO)

che durante il malessere: il minore non ha presentato sintomatologia simil-Covid (esempi non esaustivi: febbre, brividi, tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali - nausea/vomito, diarrea, faringite, respirazione faticosa, dolori muscolari, rinorrea/congestione nasale, perdita o diminuzione improvvisa dell'olfatto, perdita o alterazione del gusto); **oppure** il pediatra/medico, valutato l'esito negativo del primo tampone ha invitato i genitori a far rientrare l'alunno a scuola senza disporre altri accertamenti; **oppure** il pediatra/medico, valutato l'esito negativo del doppio tampone, ha invitato i genitori a far rientrare l'alunno a scuola senza disporre altri accertamenti;

che in ogni caso il rientro non è dovuto a situazioni per le quali è obbligatorio il rilascio di attestazione di riammissione sicura in collettività (*malattia da Covid 19, assenza per caso sospetto Covid 19, isolamento per stretto contatto con soggetto Covid 19*).

che il rientro avviene comunque in accordo col pediatra o col medico di medicina generale.

RIENTRO DALL'ESTERO (SI NO) se si indicare DATA DI RIENTRO __/__/____

che il minore non proviene e non è transitato da stati per i quali ai sensi del D.P.C.M. 7 agosto 2020 come modificato dal D.P.C.M. 7 settembre 2020, ovvero ai sensi di altre disposizioni nazionali o regionali sono previste misure di isolamento fiduciario o accertamenti sanitari, ovvero da stati per cui è previsto il divieto di ingresso per finalità di prevenzione Covid

che il minore non proviene da stati per i quali è previsto il divieto di ingresso per finalità di prevenzione Covid, ovvero ha adempiuto ai sensi del D.P.C.M. 7 agosto 2020 come modificato dal D.P.C.M. 7 settembre 2020 e delle altre disposizioni nazionali o regionali vigenti ai previsti isolamento fiduciario e/o accertamenti sanitari

che il minore, proveniente da stati per i quali ai sensi del D.P.C.M. 7 agosto 2020 come modificato dal D.P.C.M. 7 settembre 2020, ovvero ai sensi di altre disposizioni nazionali o regionali sono previste misure di isolamento fiduciario o accertamenti sanitari, ha rispettato tutte le misure previste dalla legge in materia di prevenzione Covid

Luogo e data _____ Il genitore/esercente la responsabilità genitoriale _____