



MODULO UNICO PER LA RIAMMISSIONE IN COMUNITA'
SCOLASTICA DOPO ASSENZA

**DICHIARAZIONE PER LA GESTIONE DELLE ASSENZE DA PARTE DELLE FAMIGLIE ADATTATA
ALL'EMERGENZA SANITARIA IN ATTO**

Io sottoscritto/a _____ genitore/tutore esercente la
responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____ frequentante l'Istituto
Comprensivo "M. Montessori" di Cardano al Campo(VA), plesso della scuola (Infanzia/Primaria/ Secondaria)
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: **(barrare la casella)**



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 esito negativo del tampone prescritto.**



4. ASSENZA PER QUARANTENA DOMICILIARE (in quanto **CONTATTO STRETTO di caso positivo accertato**): *(barrare una delle caselle elencate qui di seguito)*

- Rientro senza sintomi dopo **QUARANTENA** della durata di **5 GIORNI** (allego disposizione di quarantena ed esito negativo del tampone ANTIGENICO o MOLECOLARE);
- Rientro senza sintomi dopo **QUARANTENA** di **14 GIORNI** senza tampone diagnostico (allego disposizione di quarantena);



5. ASSENZA PER ISOLAMENTO DOMICILIARE (in quanto **SOGGETTO POSITIVO al Covid-19 accertato**): *(barrare una delle caselle elencate qui di seguito)*

- Rientro dopo **ISOLAMENTO** della durata di **10 GIORNI** di cui gli ultimi 3 giorni senza sintomi a seguito di tampone diagnostico (allego disposizione di isolamento obbligatorio CON esito tampone negativo **OPPURE** attestazione di fine isolamento);
- Rientro dopo **ISOLAMENTO** della durata di **7 GIORNI** di cui gli ultimi 3 giorni senza sintomi a seguito di tampone diagnostico (allego disposizione di isolamento obbligatorio CON esito tampone negativo **OPPURE** attestazione di fine isolamento);
- Rientro dopo **ISOLAMENTO** di **21 GIORNI** di cui gli ultimi 7 giorni senza sintomi (allego attestazione di fine isolamento).



6. **ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE** - in base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG).
Dichiaro di aver contattato il Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale Dott. _____ e di aver seguito le sue indicazioni circa la data di ripresa delle attività scolastiche

E CHIEDO

La riammissione nella Comunità Scolastica.

Cardano al Campo, li... ..

Firma del genitore/tutore
