



**DIREZIONE DIDATTICA STATALE "DON MILANI"**

Via Vodice, 23 - 05100 TERNI

Tel. 0744/285348 - Fax 0744/220406

E-mail: [tree009003@istruzione.it](mailto:tree009003@istruzione.it) - Pec: [tree009003@pec.istruzione.it](mailto:tree009003@pec.istruzione.it)

C.F.: 80005620556 - C.U.U.: UFZ27C

Sito web: [www.dddonmilaniterni.edu.it](http://www.dddonmilaniterni.edu.it)

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA (nei casi previsti dalla Circolare N.18)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**in qualità di genitore/esercente la potestà genitoriale dell'alunno:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Scuola Infanzia /Primaria \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, firmando la presente autocertificazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori,

**DICHIARA**

che durante l'assenza\* avvenuta dal ...../...../..... al ...../...../..... o nel/i giorno/i.....

**IL/LA PROPRIO FIGLIO/A NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID-19:**

Febbre superiore a 37,5°C nei 3 giorni precedenti il rientro in classe  
e/o

- tosse e/o rinite con difficoltà respiratoria;
- raffreddore con congestione nasale;
- vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere);
- diarrea (tre o più scariche con feci liquide o semiliquide);
- perdita del gusto e/o perdita dell'olfatto (in assenza di raffreddore);
- dolori muscolari e articolari;
- congiuntivite.

**Luogo e Data**

....., ...../...../.....

**FIRMA**

.....

\*giorni di assenza sono intesi quelli di effettiva frequenza scolastica persi, non debbono essere conteggiati i giorni festivi.