



**FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI**

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

MIUR

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I Grado

Piazza Volta 4/a 22077 OLGiate COMASCO (CO)

cod.min. COIC80700A - cod.fisc. 80013700135 - cod.univoco UFUVYS

e.mail - coic80700a@istruzione.it - PEC: coic80700a@pec.istruzione.it

sito - www.icolgiatecomasco.edu.it tel. 031-944033



MODELLO DICHIARAZIONE ASSENZA INFANZIA

OGGETTO: DICHIARAZIONE ASSENZA ALUNNO

PLESSO SEZIONE

Il sottoscritto/a.....

genitore/tutore dell'alunno/a

COMUNICA

CHE E' STATO ASSENTE

dal.....al.....

per.....

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività.

DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso a scuola poiché l'assenza è dovuta a:

- ☐ 1. Motivi di famiglia;
- ☐ 2. Motivi di salute non legati alla presenza di sintomatologia riconducibile al Covid-19, ossia febbre superiore a 37,5° C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia), perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia), mal di gola, cefalea, mialgie *;
- ☐ 3. Motivi di salute legati alla presenza di sintomatologia riconducibile al Covid-19 che, sulla base delle valutazioni cliniche effettuate dal pediatra di libera scelta, non richiedono che si intraprenda il percorso di accertamento;
- ☐ 4. Vaccinazione.

Nel caso in cui l'assenza sia dovuta a motivi di cui al punto 2, il/la sottoscritto/a dichiara altresì che è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG)

FIRMA

.....

.....