

## Ministero dell'Istruzione Istituto Comprensivo Statale "Don Milani"

## DICHIARAZIONE per il rientro a scuola in caso di assenza

| Il sottoscritto COGNOME |   | NOME  | n. tel./cell.   |  |
|-------------------------|---|---|---|--|
|                         |   | mail  |   | genitore/esercente la  |
| respor                  | nsabilità genitoriale/tutore de   | ell'alunno/a  |   |  |
| COGNOME                 |   |   | NOME  |  |
| freque                  | entate la classe  | Sez   | INFANZIA□ PRIMA   | RIA□ SECONDARIA□   |
|                         |   |   | ICHIARA<br>e uno dei casi)  |  |
| 0                       | in caso di assenza dell'alunno/a per <b>contagio da COVID-19</b> di avere consultato il Medico di Medicina Generale (medico di famiglia) o Pediatra di Libera Scelta. Allega quindi certificazione medica attestante la possibilità di riammissione sicura in comunità; |   |   |  |
| 0                       | di aver consultato il Medic<br>essersi attenuto scrupolo  | o di Medicina Ge<br>samente alle ind<br>osizioni relative a | nerale (medico di fam<br>dicazioni ricevute di<br>ll'effettuazione di eve | intatto stretto di persona contagiata<br>niglia) o Pediatra di Libera Scelta e di<br>ATS, di aver rispettato i giorni di<br>ntuali tamponi. Per chi rientra prima<br>tampone nasofaringeo; |
| 0                       |   | rale (medico di f   | amiglia) o Pediatra d   | ucibili a Covid di avere consultato il<br>i Libera Scelta e di essersi attenuto  |
| 0                       | in caso di assenza dell'alunn   | o/a per <b>altre mo</b> t                                   | <b>tivazioni</b> che il motivo  | dell'assenza è stato il seguente:  |
|                         |   |   |   |  |
| Data .                  |   |   | In  | fede   |
| ,                       |   |   |   | dichiarante)   |

La presente dichiarazione può essere consegnata, unitamente ad eventuali allegati, direttamente agli insegnanti