

**DICHIARAZIONE MOTIVI DI ASSENZA**

**Alla Dirigente Scolastica  
Dell' I. C. Rita Levi Montalcini  
di Gorgonzola**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in qualità di • genitore • tutore • altro (specificare) \_\_\_\_\_ dell'alunno/a minorene  
\_\_\_\_\_ frequentante la scuola dell'Infanzia Carlo Collodi classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

che il proprio figlio assente dal giorno \_\_\_\_\_ può essere riammesso a scuola  
poiché l'assenza è dovuta a:

- Motivi di famiglia **non legati al Covid**
- 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\*;
- Aver osservato isolamento fiduciario perché provenienti da paesi dichiarato a rischio secondo le indicazioni del Ministero della salute;
- Vaccinazione/visita medica/terapie

**Nel caso in cui l'assenza sia dovuta a motivi di cui al punto 1, il/la sottoscritto/a dichiara altresì che:**

- è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG);
- NON è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG).

*\*In presenza di questi sintomi o di contatto con persone positive al Covid per quanto a propria conoscenza negli ultimi 14 giorni il genitore dovrà obbligatoriamente contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.*

Luogo e data  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Il genitore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_