



# GONZAGA

**Scuola** | Infanzia  
Primaria  
Media  
Licei

Anno scolastico 2021-2022

## **AUTODICHIARAZIONE ASSENZA per la riammissione dell'alunno/a a scuola**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,  
e residente in \_\_\_\_\_,  
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ che frequenta la Classe \_\_\_\_\_,  
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 la collettività,

### **DICHIARA**

- che il proprio figlio/a è stato assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_\_, come già comunicato preventivamente al coordinatore didattico, e può essere riammesso a scuola poiché si è assentato **per MOTIVI FAMILIARI**.
- che il proprio figlio/a si è assentato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_\_ **a causa di MALESSERE PASSEGGERO** (massimo tre giorni) e che può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19: febbre (> 37,5° C), difficoltà respiratorie, congiuntivite, congestione nasale, perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia), perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia).
- che il proprio figlio/a è stato assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_\_ **per PROBLEMI DI SALUTE (patologie diverse da COVID-19)** e, può essere riammesso/a a scuola per avvenuta guarigione con attestazione del pediatra/MMG dott. \_\_\_\_\_, in cui dichiara che "l'alunno può rientrare a scuola".
- che il proprio figlio/a è stato assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_\_ **per PROBLEMI DI SALUTE (test diagnostico per sars-cov-2 con esito positivo)** e, può essere riammesso a scuola, perché in possesso dell'"Attestazione di nulla osta all'ingresso o al rientro in comunità" rilasciata dal pediatra/MMG dott. \_\_\_\_\_, dopo la conferma di avvenuta guarigione, con l'effettuazione di due tamponi a distanza di 24 ore, l'uno dall'altro risultati negativi.

Palermo, \_\_\_\_\_

Firma del genitore (leggibile)