|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\gestione1.ICPLAMBRO\Desktop\ministero.download.png | **Istituto Comprensivo Ponte Lambro**  Via Trieste, 33 – 22037 Ponte Lambro  Tel. 031620625 – Fax 031623181 - CF 82006820136  [coic80400v@istruzione.it](mailto:coic810006@istruzione.it) ; [coic80400v@pec.istruzione.it](mailto:coic80400v@pec.istruzione.it)  Sito web: [www.icpontelambro.edu.it](http://www.icpontelambro.edu.it) | Logo scuola Ponte Lambro |

**Modello DICH.1** *(da consegnare all’insegnante di classe)*

# AUTODICHIARAZIONE PER IL RIENTRO DELL’ALUNNO A SCUOLA IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_

residente in

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell’alunno/a

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DICHIARA\*

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000):

Che il figlio/a è assente dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al ,

e (*selezionare l’opzione corretta*):

* di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il quale **non ha ritenuto necessario** sottoporre l’alunno al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;
* **di non avere richiesto alcun parere medico** poiché i sintomi rilevati non erano suggestivi di COVID-19, pertanto la famiglia si assume la piena responsabilità della valutazione dello stato di salute del minore.
* **di rientrare da quarantena fiduciaria** (dopo 10gg presentando tampone negativo oppure dopo 14gg assumendosi la piena responsabilità della valutazione dello stato di salute del minore).

**CHIEDE pertanto la riammissione a scuola dell’alunno.**

Data Il genitore / titolare della responsabilità genitoriale

*firma* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Nel caso in cui risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori ovvero laddove un genitore sia irreperibile.***

**"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non**

**corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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***".*

Ponte Lambro data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# \*La presente autodichiarazione NON SOSTITUISCE la giustificazione sul diario scolastico.