

**OGGETTO: DICHIARAZIONE DEL GENITORE PER ASSENZA ALUNNO/A.**

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/titolare della responsabilità genitoriale dell'alunno/a:  
\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ classe/sez. \_\_\_\_\_ secondaria/primaria/infanzia

**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:

**1) ASSENZA PER MOTIVI DIVERSI DA QUELLI DI SALUTE/MALATTIA**

L'assenza da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ del/lla suddetto/a alunno/a è stata determinata da motivi **NON RICONDUCEBILI A MOTIVI DI SALUTE/MALATTIA**, e chiede pertanto la riammissione a scuola.

**Nel caso di ASSENZA LEGATA A VIAGGI / SOGGIORNI ESTERI:**

dichiara di aver ottemperato per mio figlio/a alle regole per i viaggiatori previste dal Ministero della Salute.

**2) ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE/MALATTIA NON SUPERIORI A 3 GIORNI PER BAMBINI FINO A 6 ANNI E NON SUPERIORE A 10 GIORNI PER BAMBINI DI ETÀ MAGGIORE DI 6 ANNI in base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG) NON LEGATA a sintomatologia riconducibile a COVID-19.**

Dichiara che il minore è stato assente per motivi di salute e che, a seguito di contatto con il PLS/MMG, lo stesso non ha ritenuto opportuno attivare un percorso diagnostico legato al COVID-19 ed ha fornito indicazione circa la data di ripresa delle attività scolastiche. L'assenza da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ del/lla suddetto/a alunno/a è stata determinata da motivi **DI SALUTE/MALATTIA NON RICONDUCEBILI A COVID-19**, e chiede pertanto la riammissione a scuola

**3) ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE/MALATTIA SUPERIORI A 3 GIORNI PER BAMBINI FINO A 6 ANNI E SUPERIORE A 10 GIORNI PER BAMBINI DI ETÀ MAGGIORE DI 6 ANNI.**

L'assenza da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ del/lla suddetto/a alunno/a è stata determinata da motivi **DI SALUTE/MALATTIA**, e chiede pertanto la riammissione a scuola. **Si allega certificato medico di nulla osta al rientro a scuola.**

**4) ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE** - in base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG) **LEGATA** a un percorso diagnostico/terapeutico da COVID-19. **Allego certificazione medica attestante la fine del percorso diagnostico/terapeutico.**

Data,

FIRMA

\_\_\_\_\_  
Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

**Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità**