*ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. DELEDDA" SAN SPERATE*
*INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA I° GRADO A INDIRIZZO MUSICALE*

*VIA PIXINORTU, 28- Cap. 09026 SAN SPERATE*
*Tel.0709600836 - Fax. 0707340992 - C.F. 92105380924 - C.M. CAIC84100V - Email:caic84100v@istruzione.it*
*pec:caic84100v@pec.istruzione.it -cuu: UF8DJG*

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA ALLIEVO DOPO ASSENZA SCUOLA DELL'INFANZIA**
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il /La sottoscritto/a Cognome_____ Nome_____

Nato/a _____ il_____ Tel._____

Genitore/tutore dell'alunno_____ Sez._____

Sotto la propria responsabilità dichiara che:

☐ L'assenza è dovuta a malattia inferiore ai 3 giorni di aver contattato il Pediatra di libera scelta/ medico di base che non ha rilasciato nessuna certificazione scritta in quanto inferiore al termine previsto dalle norme.

Inoltre dichiara che l'alunno allo stato attuale non presenta sintomi riconducibili al Covid19 (ECDC,31 luglio 2020) quali:

- Febbre (temperatura uguale o superiore ai 37,5)
- Tosse
- cefalea
- sintomi gastrointestinali (nausea, vomiti, diarrea)
- faringodinia (mal di gola)
- dispnea (difficoltà respiratorie)
- mialgia (dolori muscolari)
- rinorrea/congestione nasale

Luogo e data_____

Firma_____