**INDICAZIONI OPERATIVE GESTIONE CASI E FOCOLAI NELLE SCUOLE**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA PER ASSENZE SUPERIORE A 3 GIORNI**

**FASCIA 0-6**

**MODELLO REGIONE UMBRIA**

 Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nato/ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore/esercente la potestà genitoriale dell’alunno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

Che durante l’assenza avvenuta dal…..….……..……. al………….…….……

IL PROPRIO FIGLIO/A NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID-19:

• Febbre superiore a 37,5°C e/o

• tosse e rinite con difficoltà respiratoria;

• vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere);

 • diarrea (tre o più scariche con feci liquide o semiliquide);

• perdita del gusto (in assenza di raffreddore);

• perdita dell’olfatto (in assenza di raffreddore)

Luogo e Data ………………………………………………… FIRMA ………………………………………

\*3 giorni si intendono di frequenza scolastica, non debbono essere conteggiati i giorni festivi