B. 4 - Autocertificazione per il rientro al C.F.P.

dopo assenze per isolamento fiduciario disposto da ATS per contatto stretto con caso Covid-19 positivo accertato

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore (esercente la potestà genitoriale) dell’allievo/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe\_\_\_\_\_\_\_\_in riferimento a:

* le assenze dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per isolamento fiduciario

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità

dichiara

che il figlio minore (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_non ha manifestato, neppure in forma lieve, nessuno dei seguenti sintomi riconducibili al Covid-19: febbre, brividi, tosse, difficoltà respiratorie, affanno, perdita improvvisa dell’olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), rinorrea/congestione nasale, faringodinia, diarrea, forte mal di testa, dolori muscolari, congiuntivite.

Data

In fede

*Firma*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*In caso di impossibilità di stampa il presente documento può essere riprodotto a penna*