

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MINORENNI**

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

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

e residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-

19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA**

che il minore può essere riammesso a scuola in quanto l'assenza è avvenuta per:

- motivi non riconducibili alle sintomatologie per COVID-19
- positività a COVID-19
  - con successivo isolamento per 10 gg e tampone negativo in data .....  
(allegare referto)
  - con successivo isolamento per 7 gg in quanto vaccinato/guarito da meno di 120 giorni o  
con dose booster e tampone negativo in data ..... (allegare referto)
- contatto stretto con positivo avvenuto in data ..... e
  - assenza di sintomi, in autosorveglianza per 5 gg e obbligo di mascherina ffp-2 per 10 gg  
(soggetti con ciclo vaccinale completato o guarigione da meno di 120 giorni o con dose  
booster)
  - assenza di sintomi e quarantena per 10 giorni con esito tampone negativo effettuato in data  
..... (allegare referto)



**Cagliari**  
SALESIANI DON BOSCO  
IVREA

SEGRETERIA DIDATTICA

- assenza di sintomi e quarantena per 5 giorni (soggetti con ciclo vaccinale completato o guariti da più di 120 giorni) con esito tampone negativo effettuato in data .....  
(allegare referto)
- presenza di sintomi, con certificato medico per la riammissione a scuola e con tampone negativo esito ottenuto in data ..... (allegare referto e certificato medico)
- motivi sospetti COVID-19, riconducibili ad uno o più dei seguenti sintomi:
  - febbre (> 37,5°C)
  - tosse o difficoltà respiratorie
  - congiuntivite
  - rinorrea/congestione nasale
  - sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
  - perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
  - perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
  - mal di gola / cefalea / mialgie

Nel caso in cui il minore abbia presentato i sintomi di cui sopra:

- è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (allegare certificato per la riammissione a scuola)
- sono state seguite le indicazioni fornite
- il minore non presenta sintomi da almeno 3 giorni
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di \_\_\_\_\_ gradi centigradi

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Istituto Missionario Salesiano Cardinal Cagliari**

Via San Giovanni Bosco, 60 · 10015 · Ivrea (TO)

M info@cagliari.it



**cagliari.it**