

**ISTITUTO COMPRENSIVO PADERNO DUGNANO VIA MANZONI**

Via Manzoni, 31 - 20037 Paderno Dugnano (MI)

C.F. 97564300156 - cod. mecc. MIIC8D800C - Tel. 02.9182064e-mail: miic8d800c@istruzione.it - PEC: miic8d800c@pec.istruzione.it**Scuola dell'Infanzia** - Via Bolivia, 37 - Paderno Dugnano - Tel. 02.9182776**Scuola Primaria Fisogni** - Via Manzoni, 31 - Paderno Dugnano - Tel. 02.9182064 - Fax 02.99042650**Scuola Secondaria di 1° grado Don Minzoni** - P.zza Hiroshima, 4 - Paderno Dugnano - Tel. 02.9184520Sito web: - www.icpaderno.edu.it**ALLEGATO 2****DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE AI SERVIZI DEL MINORE IN CASO DI ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ____/____/____

a _____ (____), residente in _____ (____),

Via _____, Tel _____

Cell _____ email _____

in qualità di _____ del minore _____

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA che

☐ **È STATO CONTATTATO IL MEDICO PEDIATRA** (barrare le opzioni sottostanti)

- ☐ non si allega certificazione medica;
- ☐ **NON** è stata data indicazione di fare il tampone.

☐ **NON È STATO CONTATTATO IL MEDICO/PEDIATRA** (barrare le opzioni sottostanti)

- ☐ il minore non ha avuto, nel periodo di assenza dalle attività nessuno dei seguenti sintomi:
 - SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
 - DISSENTERIA
 - CONGIUNTIVITE
 - FORTE MAL DI TESTA
 - ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
 - AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
 - DOLORI MUSCOLARI
 - DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
 - FEBBRE MAGGIORE O UGUALE A 37,5 °C

quindi **MI ASSUMO LA RESPONSABILITÀ** di far tornare a scuola mio/a figlio/a.

Data

Firma del genitore