



Istituto Comprensivo Statale di Goito (MN)

Via D. Alighieri, 49 - 46044 Goito (MN)

☎: 0376 60151 Codice Univoco ufficio UFZ87L

e-mail uffici: segreteria@icgoito.edu.it

mnlic805003@istruzione.it mnlic805003@pec.istruzione.it

CODICE FISCALE 90011550200

CODICE MECCANOGRAFICO MNIC805003



**DICHIARAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA DI ALUNNO OLTRE I TRE GIORNI DI
ASSENZA CONSECUTIVI**

Il sottoscritto NOME _____ COGNOME _____ in
qualità di genitore/affidatario **del minore** NOME _____ **COGNOME**
_____ iscritto alla classe ____ del Plesso di _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

- che il suddetto minore nei giorni di assenza precedenti non ha avuto sintomi da Covid 19
- di NON aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

In fede (Firma del dichiarante)

Data

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.