**** 



|  |  |
| --- | --- |
|  | ***ISTITUTO Comprensivo“Sac. R.Calderisi”***Via T. Tasso81030VilladiBriano (CE)Codice meccanografico CEIC84000D Codice Fiscale 90008940612 E-mail:ceic84000d@istruzione.it e-Mail certificata: ceic84000d@pec.istruzione.itsito web: [www.iccalderisi.edu.it](http://www.iccalderisi.edu.it) codice ufficio: UFZQUI tel 0815041130 |

**Al Dirigente Scolastico dell’ I.C. “ R. Calderisi ”**

**Villa di Briano ( CE )**

 **Autodichiarazione**

**per rientro a scuola Alunni dopo la sospensione dell’attività didattica**

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome

Data di Nascita Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residenza

Via N° Tel

Mail

**In qualità di padre/ tutore del minore** e

La sottoscritta Cognome Nome

Data di Nascita Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residenza

Via N° Tel

Mail

**In qualità di madre del minore**

Cognome Nome

Frequentante la classe plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di questo istituto, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000

**dichiara**

che il/la proprio/a figlio/a rientra a scuola dopo la sospensione dell’attività didattica in presenza e **dichiara che il proprio/a figlio/a**

* Non presenta in data odierna e non ha presentato nei giorni precedenti sintomatologia respiratoria e/o febbre superiore a 37.5° C
* Non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia(stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto
* Non è stato in contatto con persone positive, per quanto di mia conoscenza, negli ultimi 14 giorni e nella 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi
* Non è sottoposto alla misura della quarantena fiduciaria
* Non è in contatto con persone positive sottoposte a quarantena
* Non è rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno stato Estero o da zona ad alto rischio di contagio

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma Leggibile** I genitori (o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (padre)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (madre)

**In caso in cui firmi un solo genitore:**

Il sottoscritto …………………………………………………., consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario

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

*(da inviare sottoscritto in formato pdf scannerizzato o formato foto alla mail istituzionale* ***ceic84000d@istruzione.it*** *o da consegnare a mano il giorno del rientro all’insegnante della prima ora)*