

	<p align="center"><b>ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "LUIGI CAPUANA"</b></p> <p align="center">di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado Istituto ad Indirizzo Musicale: Chitarra - Flauto - Pianoforte - Violino Ambito Territoriale di Catania n° 008 Codice Meccanografico: CTIC81100Q - Codice Fiscale: 82002070876 Sito Internet: <a href="http://www.icmineo.it">www.icmineo.it</a> - Indirizzo e-mail: <a href="mailto:ctic81100q@istruzione.it">ctic81100q@istruzione.it</a> Indirizzo Pec: <a href="mailto:ctic81100q@pec.istruzione.it">ctic81100q@pec.istruzione.it</a> - Codice Univoco UFN750 (0=zero) Sede Legale: Via Paolo Maura 26 - Tel./Fax 0933981165 Sede Amministrativa: Via S. Ippolito sn - Tel. 0933982141 / Fax 0933989003 95044 <b>MINEO</b> (CT)</p>	
---	--	---

**Allegato 1 bis**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI FAMIGLIA  
PER GLI ALUNNI DELLA SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

(AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)

***In considerazione dell'emergenza sanitaria in atto (Coronavirus COVID-19), a titolo precauzionale La preghiamo di compilare la presente scheda di autodichiarazione per l'assenza del/la proprio/a figlio/a per motivi di famiglia. Qualora Lei non intenda compilare e sottoscrivere la presente autodichiarazione non potrà essere consentito l'accesso dell'alunno/a nei locali della scuola.***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_),  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,  
consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

Che il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ (primaria/secondaria di primo grado),  
assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nel periodo dell'assenza da scuola

- ☐ è stato impegnato in attività con la propria famiglia
- ☐ non è stato in un luogo dal quale il rientro comporti delle procedure sanitarie
- ☐ non ha presentato i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19: febbre (> 37,5° C), tosse, 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.

Pertanto ne chiede la riammissione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**NOTA IMPORTANTE:**

- ✓ Dal 11° giorno di assenza l'alunno rientrerà in classe esclusivamente con certificato medico
- ✓ Nella determinazione dei giorni di assenza si computano anche i giorni di sabato, domenica e i giorni festivi.