ASSOCIAZIONE SCUOLA MATERNA "A. MORO" ETS
Via L. Besana, 9 20065 Inzago MI Telefono 02/9549760 - Scuola paritaria D.M. N.488 del 28.02.2001
P.I. 09555830158
Email: scuolamaternamoro@tiscali.it – **Sito:** www.maternamoroinzago.it
Pec: scuolamaternamoro@pec.it

MODULISTICA PER LA GESTIONE DELLE ASSENZE DA PARTE DELLE FAMIGLIE

Resa ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e adattata all'emergenza sanitaria in atto

Il/La sottoscritto/a_____
genitore/esercente la patria potestà * consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni false, come previsto dal DPR 445/2000- consapevole dell'importanza del rispetto delle misure finalizzate al contrasto della diffusione del Covid-19 per la tutela della salute del figlio e di tutta la collettività:

GIUSTIFICA L'ASSENZA E CHIEDE LA RIAMMISSIONE ALLA FREQUENZA SCOLASTICA

Dell'alunno/a _____
Frequentante la SCUOLA DELL'INFANZIA "ALDO MORO" sezione_____

ASSENTE DAL GIORNO _____ **AL GIORNO**_____
PER IL SEGUENTE MOTIVO

- ASSENZA NON LEGATA A MOTIVI DI SALUTE (MOTIVI PERSONALI/ FAMIGLIARI)
  Dichiaro che l'assenza è dovuta a :

  _____

- ASSENZA LEGATA A VIAGGI/SOGGIORNI ESTERI
  Autocertifico di aver ottemperato per mio figlio/a alle regole per i viaggiatori previste dal Ministero della salute

- ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE
  In base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG), Dott/Dott.ssa_____, NON LEGATA a sintomatologia riconducibile a COVID-19 autocertifico che il minore è stato assente per motivi di salute e che, a seguito contatto con il PLS/MMG, lo stesso non ha ritenuto opportuno attivare un percorso diagnostico legato al COVID-19 ed ah fornito indicazione circa la data di ripresa delle attività scolastiche

- ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE
  In base alla valutazione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MLS), Dott/Dott.ssa_____ LEGATA a un percorso diagnostico/terapeutico da COVID-19 allego certificazione medica attestante la fine del percorso diagnostico/terapeutico

Inzago,_____(*data)*

Firma del genitore/tutore

_____