



UNIONE EUROPEA

FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO - FESR

pon  
2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia  
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO "LEONARDO DA VINCI"

Indirizzo musicale

Viale J. F. Kennedy, n. 139 00043 CIAMPINO - Distretto 40

☎ / fax 06/7912042 ✉ [rmic8a000e@istruzione.it](mailto:rmic8a000e@istruzione.it)

p.e.c.: [rmic8a000e@pec.icleonardodavinci.it](mailto:rmic8a000e@pec.icleonardodavinci.it)

sito: [www.icleonardodavinci.it](http://www.icleonardodavinci.it)

Codice Fiscale: 90049400584 Codice ministeriale: RMIC8A000E

## AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON LEGATA AL COVID

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di genitore

(o titolare della resp. genitoriale) di:

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ presso l'I.C. Leonardo da Vinci

Viale Kennedy 139 Ciampino (RM), **plesso C.P. Biroli Infanzia/Primaria**, consapevole di tutte le

conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole

dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per

la tutela della salute della collettività;

### DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a scuola in quanto (mettere la spunta su uno o più dei seguenti casi):

- È stato informato l'MMG (medico di medicina generale) o il MAP (medico di assistenza primaria) e ha stabilito che il caso non rientra nel percorso Covid.
- Sono state seguite tutte le indicazioni ufficiali per le misure di mitigazione e contenimento della circolazione del covid;
- Si dichiara inoltre che per maggiore sicurezza l'alunno/a in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ha eseguito tampone antigenico mediante kit di autodiagnosi con esito \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_