

## MODULO PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/tutore esercente la responsabilità genitoriale  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante l'Associazione Scuola Montessori di  
Como, plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

### DICHIARO

consapevole che 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 dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, che mio/a figlio/a **si è assentato/a dal giorno** \_\_\_\_\_ **al giorno** \_\_\_\_\_ **per il seguente motivo (barrare la casella):**

**ASSENZA NON LEGATA A MOTIVI DI SALUTE.**

Dichiaro che l'assenza è dovuta a:

**ASSENZA LEGATA A VIAGGI/SOGGIORNI ALL'ESTERO.**

Dichiaro di aver ottemperato per mio/a 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) **LEGATA** a un percorso diagnostico/terapeutico da COVID-19 (allego attestazione esito negativo del tampone).

**ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE:** in base a disposizione di isolamento domiciliare fiduciario disposto da ATS (**barrare una delle caselle elencate qui di seguito**):

- Rientro dopo **almeno 10 giorni** (allego attestazione esito negativo del tampone);
- Rientro dopo **almeno 7 giorni** (allego attestazione esito negativo del tampone);
- Rientro dopo **14 giorni** senza tampone diagnostico e in assenza di sintomi (allego attestazione fine quarantena);
- Rientro nel caso di contatto stretto di soggetto positivo (allego attestazione esito negativo del tampone).

**ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE** - dichiaro di aver contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o il Medico di Medicina Generale (MMG) e che, sulla base delle sue valutazioni, ho seguito le sue indicazioni circa la data di ripresa delle attività scolastiche.

### CHIEDO

**La riammissione nella Comunità Scolastica.**

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore