



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE C.T. BELLINI - NOVARA**

Via Vallauri, 4 - 28100 Novara

tel. 0321 692625

E-mail: [noic823001@istruzione.it](mailto:noic823001@istruzione.it)

PEC: [noic823001@pec.istruzione.it](mailto:noic823001@pec.istruzione.it)

[www.istitutocomprensivobellini.edu.it](http://www.istitutocomprensivobellini.edu.it)

codice fiscale: 94062750032

## GIUSTIFICAZIONE ASSENZE

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R.28/12/2000, n.445 e dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000)

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, in qualità di genitore/esercente la responsabilità genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_, scuola \_\_\_\_\_ plesso di \_\_\_\_\_

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 è stato/a assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per i seguenti **motivi diversi dalla malattia**:

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

che il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di **assenza per malattia**

- NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI AL SARS-COV 2 (croettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)
- HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI AL SARS-COV 2

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

● è stato/a valutato/a clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa \_\_\_\_\_

● sono state seguite le indicazioni fornite dal medico

● il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore

● la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di \_\_\_\_\_ gradi centigradi.

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

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_

VISTO: IL DOCENTE DI CLASSE \_\_\_\_\_

(da conservare nel registro delle assenze)