

## CERTIFICAZIONE DELLE ASSENZE DA PARTE DELLE FAMIGLIE ADATTATA PER L'EMERGENZA SANITARIA IN ATTO

lo sottoscritt \_\_\_\_\_

frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

### 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

### CHE

mi sono assentato/a dal giorno \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ al giorno \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ per il seguente motivo:

ASSENZA NON LEGATA A MOTIVI DI SALUTE

dichiaro che l'assenza è dovuta a:

\_\_\_\_\_

ASSENZA LEGATA A VIAGGI / SOGGIORNI ESTERI

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) NON LEGATA a sintomatologia riconducibile a COVID-19.*

**Dichiaro che il minore è stato assente per motivi di salute e che, a seguito di contatto con il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale, lo stesso non ha ritenuto opportuno attivare un percorso diagnostico legato al COVID-19 ed ha 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 (MMG) LEGATA a un percorso diagnostico/terapeutico da COVID-19.*

*Allego l'"Attestazione di nulla osta all'ingresso o al rientro in comunità" attestante la fine del percorso diagnostico/terapeutico.*

### E CHIEDO

quindi la riammissione alla frequenza scolastica.

Luogo e data,

\_\_\_\_\_

Firma dell'alunno/a

\_\_\_\_\_

#### SEDE LEGALE

Via Soderini 24 - 20146 Milano  
Tel 02 77404141 - protocollo@afolmet.it  
P.IVA 08928300964