



ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE "A.MEUCCI"

Via del Filarete, 17 - 50143 - Firenze - Tel. 055 70 70 11 - Fax 055 71 08 76
www.itismeucci.edu.it - Mail: FITF010003@istruzione.it - PEC: FITF010003@pec.istruzione.it - Codice Meccanografico: FITF010003
Codice Fiscale: 80020810489 - Codice IBAN: IT92 C030 6902 9141 0000 0046 018 - CC Postale: 27947506



ELETTRONICA Elettrotecnica ed Automazione – Informatica e Telecomunicazioni - Meccanica Meccatronica ed Energia – Logistica e Trasporti

Al Dirigente Scolastico

I.T.I.S. "Antonio Meucci"
Via del Filarete, 17 - 50143 - Firenze

Oggetto: **Autodichiarazione assenza da scuola per motivi di salute NON sospetti per COVID-19**

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome			
Comune di nascita		Provincia	
Data di nascita		Codice Fiscale	
Comune di residenza		Provincia	
Indirizzo residenza / N.Civico		CAP	
Telefono		Mail	

In qualità di	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Alunno (se maggiorenne)			
dell'alunno/a				
Iscrizione anno scolastico	20 ____ / 20 ____	Classe		Sez. / Indirizzo

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

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

<input type="checkbox"/> NON HA PRESENTATO SINTOMI (croccettare in assenza di manifestazione sintomatiche)	<input type="checkbox"/> HA PRESENTATO SINTOMI
<input type="checkbox"/> di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID 19 nelle ultime due settimane; <input type="checkbox"/> di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19 nelle ultime due settimane; <input type="checkbox"/> di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea > 37,5° , tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto nelle ultime due settimane); <input type="checkbox"/> di non manifestare attualmente sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperature corporea > 37,5° , tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).	<input type="checkbox"/> E' stato/a valutato/a clinicamente dal Medico di Medicina Generale Dottor/Dottoressa _____ <input type="checkbox"/> Sono state seguite le indicazioni fornite dal MMG <input type="checkbox"/> Lo/la studente/studentessa non presenta più sintomi da almeno 48 ore <input type="checkbox"/> La temperatura corporea misurata prima del rientro a scuola è di _____ gradi centigradi

Firenze,

Firma del Dichiarante
