



ASSOCIAZIONE MONTE TABOR

ENTE RICONOSCIUTO D.P.R. 115 COD. FISC. E P. IVA 03271350153

LICEO SAN RAFFAELE

Rientro a scuola di **STUDENTE MAGGIORENNE/PERSONALE SCOLASTICO**

Dichiarazione motivi dell'assenza

(da trasmettere firmato via mail all'indirizzo direzione@liceosanraffaele.it prima del rientro a scuola)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

residente a _____ in via _____

(se studente: frequentante la classe _____),

avendo preso visione del Regolamento adottato internamente al liceo per la prevenzione da COVID-19 e delle misure anti-contagio attuate dalla scuola ai sensi della normativa in vigore,

DICHIARA sotto la propria responsabilità che

è stato assente da scuola nel/i giorno/i _____ per (barrare la motivazione):

- a) **motivi di salute legati a sintomatologia riconducibile a Covid-19** (in tal caso dichiara di aver contattato, come previsto da normativa, il Medico di medicina generale, del quale ha seguito le indicazioni e allega certificazione dello stesso)
- b) **motivi NON legati a sintomatologia riconducibile a Covid-19** (per esempio: impegni di famiglia; visite mediche specialistiche; partecipazione a concorsi, gare sportive o test; motivazioni di salute non legate a sintomatologia riconducibile a Covid-19 o per le quali, dopo aver consultato il medico, quest'ultimo non ha previsto l'effettuazione di tampone; ecc.): _____
- c) **periodo di quarantena**, in quanto contatto stretto di persona risultata positiva al tampone, **durante il quale non sono però emersi sintomi riconducibili a COVID-19** (nel caso fossero comparsi, barrare la casella a)

Nel caso si sia barrato (b), dichiara inoltre che:

1. non è risultato positivo a tampone per COVID-19 e non è stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria da almeno 14 gg;
2. non presenta sintomi riconducibili a COVID-19 (es. temperatura corporea oltre i 37,5°C, tosse, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea) e non li ha presentati nel periodo di assenza da scuola;
3. non ha avuto contatti stretti con una persona positiva COVID-19, per quanto di sua conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
4. nel proprio nucleo familiare **NON CI SONO** persone sottoposte a quarantena e/o positive COVID-19.

Al verificarsi di uno di questi casi, è consapevole che dovrà essere contattato il medico e avvisata la scuola, al fine di seguire le procedure previste dalla normativa.

(luogo e data) _____, _____

FIRMA PER ESTESO: _____