



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PADRE ISAIA COLUMBRO"**

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado  
Tocco Caudio – Foglianise – Castelpoto  
Via la Riola – 82030 – Tocco Caudio (BN) Tel. 0824/871139  
E-mail: [bnic834005@istruzione.it](mailto:bnic834005@istruzione.it) – [bnic834005@pec.istruzione.it](mailto:bnic834005@pec.istruzione.it)  
C.F.: 80004550622 – Sito Web: [www.icpadreisaia.edu.it](http://www.icpadreisaia.edu.it)

**MODULO PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA**

**DICHIARAZIONE PER LA GESTIONE DELLE ASSENZE DA PARTE DELLE FAMIGLIE  
ADATTATA ALL'EMERGENZA SANITARIA IN ATTO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/tutore esercente la  
responsabilità genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante  
l'Istituto Comprensivo "Padre Isaia Columbro (BN), plesso della scuola (Infanzia/Primaria/ Secondaria)  
\_\_\_\_\_ 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 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)**

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

dichiaro che l'assenza è dovuta

a: \_\_\_\_\_

**2. ASSENZA LEGATA A VIAGGI / SOGGIORNI ESTERI**

dichiaro di aver ottemperato per mio figlio/a alle regole per i viaggiatori previste dal Ministero della Salute.

**3. 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.**

**4. ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE** - in base a disposizione di isolamento domiciliare fiduciario disposto da ATS

**5. ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE** - in base alla valutazione del Pediatra di Libera

Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG).

Dichiaro di aver contattato il Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale Dott. \_\_\_\_\_ e di aver seguito le sue indicazioni circa la data di ripresa delle attività scolastiche

**E CHIEDO**

**La riammissione nella Comunità Scolastica.**

Luogo e data .....

**Firma del genitore/tutore**

\_\_\_\_\_