



Unione Europea

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle
Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali
Direzione Generale per interventi in materia di Edilizia
Scolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per
l'Istruzione e per l'Innovazione Digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FESR)



ISTITUTO COMPRESIVO
VICO EQUENSE 2
FILIPPO CAULINO

ISTITUTO COMPRESIVO VICO EQUENSE 2 - I.C. "FILIPPO CAULINO"

Via R. Bosco, 539 - 80069 - Vico Equense - NA – Tel. 081.802.30.94 - Cell. +39 334.87.35.816

Ambito 22 – Codice meccanografico NAIC8AM007 - C.F. 82009170638 - Cod. Unico UF7FRP

E-mail: naic8am007@istruzione.it - Pec: naic8am007@pec.istruzione.it

www.istitutocomprensivocaulino.edu.it

Il/La sottoscritto/a _____ genitore/tutore
dell'alunno/a _____ frequentante la classe ___
sez. ___ della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria I Gr. Giustifica l'assenza per motivi
_____ del/dei giorno/i dal ___/___/20__ al ___/___/20__.

Vico Equense, ___/___/20__

Firma

Allegato 5)

Il/La sottoscritto/a cognome _____ Nome _____ Luogo di
nascita _____ Data di nascita _____ genitore del
bambino/studente _____ della scuola _____

*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 la collettività,*

DICHIARA

Che il proprio figlio/a può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza dallo stesso
NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

- Febbre (> 37,5° C)
- Tosse
- Difficoltà respiratoria
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito/diarrea)
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- Mal di gola
- Cefalea
- Mialgie

*In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di
Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima
della riammissione a scuola.*

Luogo e data _____ Firma _____

Indicare gli estremi del documento d'identità del genitore.

C.I. N. _____ rilasciata dal _____ il _____.