



ISTITUTO MONTESSORI

*Siamo impegnati a... "costruire il mondo per il bambino e per il  
giovane, un mondo che manca totalmente"*

*Maria Montessori*

Al Coordinatore delle attività didattiche ed educative  
del \_\_\_\_\_ (1) Parit. "Montessori" Somma Ves. (NA)

**Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola per assenza per motivi di salute non Covid-correlati non sia superiore a tre giorni nella scuola dell'Infanzia e a 5 giorni negli altri ordini e gradi di scuola.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, in qualità di genitore o  
tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, assente per motivi di salute non Covid-correlati dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni  
mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli  
effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di  
prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

- Di avere consultato il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta  
(Dott. \_\_\_\_\_ numero telefono \_\_\_\_\_):
  - Tramite triage telefonico
  - Tramite visita medica
- Di non avere consultato il Medico di Medicina Generale o il Pediatra, per la seguente  
ragione: \_\_\_\_\_

DICHIARA

- Di essere in possesso di certificato medico di riammissione a scuola
- Di non essere in possesso di certificato medico di riammissione a scuola per il  
seguente motivo: \_\_\_\_\_

DICHIARA

Che il suddetto alunno:

- non presenta sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5° C in data odierna e  
nei tre giorni precedenti;
- non è stato a contatto con persone positive, o sospette di essere positive, per quanto di  
loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni,
- non è stato a contatto con persone che presentavano sintomatologia respiratoria o febbre  
superiore a 37.5° C.
- Nessun altro membro della famiglia presenta sintomatologia respiratoria o febbre  
superiore a 37.5°

AUTORIZZA

La scuola al trattamento dei dati contenuti in questo modulo a fini istituzionali, ai sensi degli artt. 6  
e 7 del Regolamento CE 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE

**La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con  
l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.**

Somma Vesuviana lì, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Firma

(1) *SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA, SS1G, IPSEOA, LICEO*

I.M.M.SRL ISTITUTO MARIA MONTESSORI IMPRESA SOCIALE

Via Marigliano n.140 80049 SOMMA VESUVIANA (NA)

P.IVA 01419621212 C.F. 05392260633

Telefono/fax/whatsapp 0818932444

E-MAIL [montessori@istruzioneemontessori.it](mailto:montessori@istruzioneemontessori.it)

PEC [montessori@pec.it](mailto:montessori@pec.it)

[www.istruzioneemontessori.it](http://www.istruzioneemontessori.it)