



Istituto Istruzione Superiore "Michele Sanmicheli"

I.P. Servizi Commerciali, Servizi per la sanità e l'assistenza sociale  
Industria e artigianato per il Made in Italy

I.e.F.P. Operatore promozione e accoglienza, Operatore abbigliamento  
Corsi serali per studenti e adulti Servizi per la sanità e l'assistenza sociale  
Sede operativa ITS COSMO Fashion Academy style your future

Piazza Bernardi, 2 - 37129 Verona - Tel. 0458003721- Fax 0454937531 - C.F. 80017760234

Succursale: Via Selinunte, 68 - Tel. 0454937530

[VRIS009002@istruzione.it](mailto:VRIS009002@istruzione.it) - [www.sanmicheli.edu.it](http://www.sanmicheli.edu.it) - [VRIS009002@pec.sanmicheli.it](mailto:VRIS009002@pec.sanmicheli.it)



## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000

I sottoscritti (scrivere i nomi dei genitori o tutore o nome alunno se maggiorenne):

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residenti a \_\_\_\_\_

in qualità di genitori (o titolare della responsabilità genitoriale)

di (nome alunno) \_\_\_\_\_

Classe: \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DICHIARA

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,

**1. DI AVER COMPILATO L'AUTOCERTIFICAZIONE PER AMMISSIONE ALLE LEZIONI AI SENSI DEL PROTOCOLLO ANTI-CONTAGIO DA COVID-19 una tantum su Google form on line;**

**2. DI SOTTOSCRIVERE IL PATTO DI CORRESPONSABILITA' INTEGRATIVO**

DELIBERATO dal Consiglio di Istituto in data 16.9.2020 (PUBBLICATO sul sito di Istituto)

**3. DI CONOSCERE E CONDIVIDERE IL REGOLAMENTO D'ISTITUTO INTEGRATIVO**

DELIBERATO dal Consiglio di Istituto in data 16.9.2020 (PUBBLICATO sul sito di Istituto)

**4. ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19:**

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/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 respiratorie

congiuntivite

rinorrea/congestione nasale

sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)

perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)

perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)

mal di gola

cefalea

mialgie

In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatria di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola. LA FIRMA RIGUARDANTE QUEST'ULTIMA DICHIARAZIONE DOVRA' ESSERE APPOSTA SULLA TABELLA SUL RETRO PER OGNI ASSENZA DA GIUSTIFICARE (MA AVVENUTA PER MOTIVI NON SOSPETTI DI COVID-19). Nb ogni volta va compilata anche la giustificazione normale sul libretto.

Data,

FIRMA DEI GENITORI O TUTORI  
O STUDENTE MAGGIORENNE

<b>N°</b>	<b>DATA</b>	<b>FIRMA</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		