

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI (IEFP)

IN CASO DI ASSENZA NON DOVUTA A MALATTIA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di: _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____

oppure

in quanto operatore scolastico

DICHIARA

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 D.P.R. n. 445/2000) che:

l'assenza dal _____ al _____

E' DOVUTA A MOTIVI FAMILIARI, e chiede pertanto la riammissione presso la scuola/il servizio educativo dell'infanzia

Data _____

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale/operatore scolastico

شهادة ذاتية لعودة التلميذ/الطالب/القائم بالنشاط التعليمي في مجال الخدمات التربوية للطفولة، وفي المدارس بجميع الصفوف و المستويات، وفي أشواط التعليم والتكوين المهنيين(1)(IEFP)

في حالة الغياب بسبب غير مرتبط بمرض

الممضي أسفله المزداد ب..... بتاريخ.....
السكان ب..... الرمز الضرائبي.....
** بصفة الوالد (صاحب الوصاية الأبوية) ل.....
المزداد ب..... بتاريخ.....
المقيم الرمز الضرائبي.....

أو

** بصفة القائم بالنشاط المدرسي

غائب من تاريخ..... إلى تاريخ.....

أشهد

ووفقا للتشريعات السارية والجاري بها العمل، ومع العلم بأن كل من يُدلي ببيانات كاذبة يُعاقب عليه بموجب القانون الجنائي والقوانين الخاصة المتعلقة بهذا الموضوع، عملا بالمادة 46 من القانون الجنائي، ولمقتضيات المادة 46 من مرسوم رئيس الجمهورية رقم 2000/445 بأن:

الغياب من تاريخ إلى تاريخ.....
غياباً مُرتبط بأسباب عائلية، ولهذا أدعو إلى إعادة إتحاق الطفل/الطفلة بالمدرسة/بالخدمة التربوية للطفولة.

التاريخ.....

الوالد(ة)/صاحب المسؤولية الأبوية/
القائم بالنشاط التعليمي

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO E NEI Percorsi DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI (IEFP)¹

IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

oppure

in quanto operatore scolastico

ASSENTE dal _____ al _____,

DICHIARA

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 D.P.R. n. 445/2000):

di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. _____

il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

chiede pertanto la riammissione presso la scuola/il servizio educativo dell'infanzia.

Data _____

Il genitore/titolare della
responsabilità
genitoriale/operatore scolastico

¹ Si precisa che la presente autocertificazione è valida sia nei casi di assenza inferiore o uguale a 3 giorni per patologie non COVID-correlate in bambini che frequentano servizi educativi e scuole per l'infanzia (0-6 anni); sia per tutte le altre scuole per assenze di qualsiasi durata relative a patologie non-Covid correlate.

شهادة ذاتية لعودة التلميذ/الطالب/القائم بالنشاط التعليمي في مجال الخدمات التربوية للطفولة، وفي المدارس بجميع الصفوف و المستويات، وفي أشواط التعليم والتكوين المهنيين(1)(IEFP)

في حالة الغياب بسبب أمراض غير مرتبطة بالكوفيد

الممضي أسفله المزداد ب.....بتاريخ.....

السكان ب..... الرمز الضرائبي.....

** بصفة الوالد (صاحب الوصاية الأبوية) ل.....

المزداد ب.....بتاريخ.....

المقيمالرمز الضرائبي.....

أو

** بصفة القائم بالنشاط المدرسي

غائب من تاريخ.....إلى تاريخ.....

أشهد

ووفقا للتشريعات السارية و الجاري بها العمل، ومع العلم بأن كل من يُدلي ببيانات كاذبة يُعاقب عليه بموجب القانون الجنائي والقوانين الخاصة المتعلقة بهذا الموضوع، عملا بالمادة 46 من القانون الجنائي، ولمقتضيات المادة 46 من مرسوم رئيس الجمهورية رقم 2000/445:

بأنني قد اتصلت و سمعت طبيب الأسرة للأطفال / طبيب الطب العام الدكتور.....
هذا الأخير الذي لم يعتبر أنه من الضروري إخضاعه للمسار التشخيصي العلاجي و للوقاية من الكوفيد 19 حسيما تقتضيه التشريعات الوطنية والإقليمية؛

ولذلك يدعو إلى إعادة الالتحاق بالمدرسة /بالخدمة التربوية للطفولة.

التاريخ.....

الوالدة/صاحب المسؤولية الأبوية/
القائم بالنشاط التعليمي

يتم التحديد بأن هذا الاشهاد الذاتي صالح سواء في حالات الغياب لفترة أقل من ثلاثة أيام أو مساوية لثلاثة أيام بسبب مرض غير مرتبط بالكوفيد للأطفال الذين يتابعون الخدمات التربوية وروض الأطفال (من صفر إلى 6 سنوات)؛ وسواء كذلك لكل المدارس الأخرى لكل مدة كانت من الغياب بسبب مرض غير مرتبط بالكوفيد.

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI (IEFP)

IN CASO DI ASSENZA PER QUARANTENA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

oppure

in quanto operatore scolastico

ASSENTE dal _____ al _____,

DICHIARA

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 D.P.R. n. 445/2000):

di aver rispettato e concluso il periodo di quarantena previsto dal Dipartimento di Prevenzione della ASL, durante il quale NON ha manifestato sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (febbre > 37,5° OPPURE sintomi respiratori OPPURE sintomi gastroenterici);

di non essere stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare;

di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;

di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. _____ al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

CHIEDE LA RIAMMISSIONE PRESSO LA SCUOLA/IL SERVIZIO EDUCATIVO DELL'INFANZIA.

Data _____

Il genitore/titolare della responsabilità
genitoriale/operatore scolastico

شهادة ذاتية لعودة التلميذ/الطالب/القائم بالنشاط التعليمي في مجال الخدمات التربوية للطفولة، وفي المدارس بجميع الصفوف و المستويات، وفي أشواط التعليم والتكوين المهنيين(1)(IEFP)

في حالة الغياب بسبب الحجر الصحي

الممضي أسفله المزداد ب.....بتاريخ.....

السكان ب..... الرمز الضرائبي.....

** بصفة الوالد (صاحب الوصاية الأبوية) ل.....

المزداد ب.....بتاريخ.....

المقيم الرمز الضرائبي.....

أو

** بصفة القائم بالنشاط المدرسي

غائب من تاريخ.....إلى تاريخ.....

أشهد

ووفقا للتشريعات السارية و الجاري بها العمل، ومع العلم بأن كل من يُدلي ببيانات كاذبة يُعاقب عليه بموجب القانون الجنائي والقوانين الخاصة المتعلقة بهذا الموضوع، عملا بالمادة 46 من القانون الجنائي، ولمقتضيات المادة 46 من مرسوم رئيس الجمهورية رقم 2000/445:

بأنني احترمت و أنهيت فترة الحجر الصحي التي أشارت إليها إدارة المنع و الإحتياط من طرف المؤسسة الصحية المحلية (أسل)و التي لم تظهر خلالها أية أعراض يُمكن ان تُعزى إلى الإصابة بمرض كوفيد - 19 (درجة الحمى أعلى من 37.5 أو أعراض تنفسية أو أعراض الجهاز الهضمي)،

* عدم الإتصال بأشخاص إيجابيين للكوفيد - 19 ضمن المجموعة العائلية،

* بأنني على علم بالتدابير المعمول بها إلى يومنا هذا من أجل إحتواء كوفيد - 19 ،

* بأنني قد اتصلت و سمعت طبيب الأسرة للأطفال / طبيب الطب العام الدكتور.....

هذا الأخير الذي تم إيصاله و إخباره بجميع الإجراءات المُتَّبعة بخصوص الحجر الصحي .

ولذلك أدعو إلى إعادة الالتحاق بالمدرسة /بالخدمة التربوية للطفولة.

التاريخ.....

الوالد(ة)/صاحب المسؤولية الأبوية/
القائم بالنشاط التعليمي