

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

শিক্ষাকালয়, প্রতিটি স্তরের বিদ্যালয় এবং পেশাদার প্রশিক্ষণ কোর্সের ছাত্রছাত্রী/ স্কুলকর্মীদের বিদ্যালয়ে পুনঃপ্রবেশের জন্য স্ব-স্বাক্ষরিত শংসাপত্র (IEFP)

অসুস্থতা ছাড়া অন্যান্য কারণে অনুপস্থিতির জন্য

নিম্নস্বাক্ষরিত _____ জন্মস্থান _____ তারিখ _____

রেসিডেন্ট _____ কো.ফি. _____

যার অভিভাবক (অথবা দায়িত্বপ্রাপ্ত অভিভাবক _____

জন্মস্থান _____ জন্মতারিখ _____

রেসিডেন্ট _____ কো.ফি. _____

অথবা

স্কুলকর্মী হিসেবে

ঘোষণা করিতেছে যে

এই বিষয়টি আইন অনুসারে করা হয়েছে এবং জেনে রাখা দরকার যে কেউ যদি মিথ্যা ঘোষণা দেয় তবে তাকে ফৌজদারী ধারা এবং বিশেষ আইন অনুযায়ী শাস্তি দেওয়া হবে art D.P.R. n.445/2000):

অনুপস্থিত ছিল _____ থেকে _____ তারিখ পর্যন্ত

পারিবারিক কারণে এবং তাকে বিদ্যালয় /শিক্ষাকালয়ে পুনরায় প্রবেশের জন্য আবেদন করা হলো ।

তারিখ _____

অভিভাবক / দায়িত্বপ্রাপ্ত অভিভাবক /

স্কুলকর্মী

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 (leFP)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 infanzia (0-6 anni); sia per tutte le altre scuole per assenze di qualsiasi durata relative a patologie non-Covid correlate.

শিশুশিক্ষালয়, প্রতিটি স্তরের বিদ্যালয় এবং পেশাদার প্রশিক্ষণ কোর্সের ছাত্রছাত্রী / স্কুলকর্মীদের
বিদ্যালয়ে পুনঃপ্রবেশের জন্য স্ব-স্বাক্ষরিত শংসাপত্র

নন কোভিড-সম্পর্কিত অসুস্থতার কারণে অনুপস্থিতির জন্য

নিম্নস্বাক্ষরিত _____

জন্মস্থান _____ তারিখ _____

রেসিডেন্ট _____ কো. ফি. _____

যার অভিভাবক (অথবা দায়িত্বপ্রাপ্ত অভিভাবক) _____

জন্মস্থান _____ জন্মতারিখ _____

রেসিডেন্ট _____ কো. ফি. _____

অথবা

স্কুলকর্মী হিসেবে

অনুপস্থিত ছিল _____ থেকে _____ তারিখ পর্যন্ত

ঘোষণা করছে যে

(এই বিষয়টি আইন অনুসারে করা হয়েছে এবং জেনে রাখা দরকার যে কেউ যদি মিথ্যা ঘোষণা করে তাকে
ফৌজদারী কোড এবং বিশেষ আইন অনুযায়ী শাস্তি দেওয়া হবে art. 46 D.P.R. n.445/2000):

যোগাযোগ করা হয়েছে যে শিশু ডাক্তার /পারিবারিক ডাক্তারের সাথে

যিনি জাতীয় এবং আঞ্চলিক আইন অনুযায়ী কোভিড- ১৯ এর জন্য ডায়াগনস্টিক চিকিৎসা ও প্রতিকার
দেওয়ার প্রয়োজন মনে করেননি ;

অতএব বিদ্যালয় / শিশু শিক্ষালয়ে পুনরায় প্রবেশের জন্য আবেদন করা হল।

তারিখ _____

অভিভাবক /দায়িত্বপ্রাপ্ত অভিভাবক/স্কুলকর্মী

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

শিশুশিক্ষালয়, প্রতিটি স্তরের বিদ্যালয় এবং পেশাদার প্রশিক্ষণ কোর্সের ছাত্রছাত্রী/ স্কুলকর্মীদের বিদ্যালয়ে পুনঃপ্রবেশের জন্য স্ব-স্বাক্ষরিত শংসাপত্র (IEFP)

কোয়ারেন্টাইন এর কারণে অনুপস্থিতির জন্য

নিম্নস্বাক্ষরিত _____ জন্মস্থান _____ তারিখ _____

রেসিডেন্ট _____ কো.ফি _____

যার অভিভাবক (অথবা দায়িত্বপ্রাপ্ত অভিভাবক) _____

জন্মস্থান _____ জন্মতারিখ _____

রেসিডেন্ট _____ কো.ফি _____

অথবা

স্কুলকর্মী হিসেবে

অনুপস্থিত ছিল _____ থেকে _____ তারিখ পর্যন্ত

ঘোষণা করিতেছে যে

এই বিষয়টি আইন অনুসারে করা হয়েছে এবং জেনে রাখা দরকার যে কেউ যদি মিথ্যা ঘোষণা দেয় তবে তাকে ফৌজদারী ধারা এবং বিশেষ আইন অনুযায়ী শাস্তি দেওয়া হবে art D.P.R. n.445/2000):

ASL এর প্রতিরোধ বিভাগ কর্তৃক ধার্য করা কোয়ারেন্টাইন পিরিওড শেষ হয়েছে এবং তা মেনে চলা হয়েছে, এটি চলাকালীন সময়ে কোভিড ১৯ সংক্রমণের কারণ হিসেবে চিহ্নিত উপসর্গগুলি দেখা যায় নাই (জ্বর > ৩৭.৫, শ্বাসপ্রশ্বাসের সমস্যা, পাকস্থলীর সমস্যা)।

পরিবারের ভিতরে কোভিড ১৯ পজিটিভ হওয়া ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ ছিল না।

সংক্রমণ নিয়ন্ত্রণের জন্য বর্তমানে কার্যকর ব্যবস্থা সম্পর্কে সচেতন ছিল।

যে পারিবারিক শিশুডাক্তার / ডাক্তারের সাথে যোগাযোগ করা হয়েছে ডাঃ _____

যার কাছে কোয়ারেন্টাইনের প্রক্রিয়া সম্পর্কে রিপোর্ট করা হয়েছে।

তাকে বিদ্যালয়/শিশুশিক্ষালয়ে পুনরায় প্রবেশের জন্য আবেদন করা হলো।

তারিখ _____

অভিভাবক / দায়িত্বপ্রাপ্ত অভিভাবক /

স্কুলকর্মী