

AUTOCERTIFICACIÓN AUSENCIA DE LAS ACTIVIDADES DIDÀCTICAS

Yo _____

Nacido en _____ (_____) el ____/____/____

Residente en (dirección y ciudad)

Siendo madre/padre (o tutor legal) de:

Lugar de nacimiento _____ (_____) el
____/____/____

Soy consciente que las declaraciones falsas, las falsificaciones en los actos y el uso de actos falsos serán sancionadas de acuerdo a lo establecido en el código penal y por las leyes especiales en dicha materia (art.76 DPR 445/2000).

Soy consciente de la importancia de

DECLARO

⇒ Que el estudiante estuvo ausente desde el _____ hasta el _____ por razones familiares.

⇒ Que el estudiante estuvo ausente desde el _____ hasta el _____ por razones medicas y que vuelve al colegio sin estas síntomas:

- fiebre con temperatura corporal superior a 37,5 ° C
- tos seca persistente
- dificultad para respirar, estrés respiratorio
- conjuntivitis
- rinorrea / congestión nasal
- síntomas gastrointestinales (náuseas / vómitos, diarrea)
- pérdida significativa de olfato / gusto
- dolor de garganta
- dolor de cabeza intenso
- mialgia / dolor muscular y debilidad graves

⇒ Que el médico tratante (pediatra de libre elección o médico de medicina general) ha sido contactado para las evaluaciones clínicas y los exámenes necesarios, antes de la readmisión al servicio / escuela.

Lugar y fecha

Madre/padre o titular de la responsabilidad parental
