

DICHIARAZIONE MOTIVI DI ASSENZA

إقرار بسبب الغياب

Il/la sottoscritto/a _____
أنا الموقع/ة أدناه _____
nato/a _____ a _____ il _____,
بلدية الميلاد _____ بلد الميلاد _____ تاريخ الميلاد _____,
e residente in _____
مقيم في بلدية _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____
بصفتي والد/ة (أو من يقوم بمسؤولية الوالدين) التلميذ/ الطالب _____

nato/a _____ a _____ il _____,
بلدية الميلاد _____ بلد الميلاد _____ تاريخ الميلاد _____

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,

أنني على علم بجميع العقوبات المدنية والجنائية التي تترتب على الإدلاء ببيانات كاذبة, وأيضاً على علم بأهمية احترام وتطبيق الدواعي الإحترازية للوقاية من إنتشار فيروس كوفيد 19 من أجل الحفاظ على الصحة العامة

DICHIARA

أقر

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché l'assenza è dovuta a:
أن أبنني يمكنه العودة إلى المدرسة لأن سبب الغياب هو التالي (ضع علامة أمام السبب):

1. Motivi di famiglia; أسباب عائلية

2. Motivi di salute **non legati** alla presenza di sintomatologia riconducibile al CoviD19, ossia febbre superiore a 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 *;

لأسباب صحية أعراضها لا تدل على الإصابة بفيروس كوفيد 19, أي الحرارة لا تزيد عن 37,5° درجة ولا يعاني من سعال/ كحة, ولا ضيق أو صعوبة في التنفس, رمد ربيعي/ التهاب في العينين, لا رشح ولا زكام, لا قيئ ولا إسهال, تغيير مفاجئ في حاسة التذوق(ضعف أو فقدان حاسة التذوق), فقدان/ ضعف مفاجئ في حاسة الشم(ضعف حاسة الشم), ألم في الحلق, صداع في الرأس, الألام في المفاصل والعضلات*;

3. Vaccinazione. من أجل إجراء التحصين/ التطعيم

Nel caso in cui l'assenza sia dovuta a motivi di cui al punto 2, il/la sottoscritto/a dichiara altresì che:

في حالة أن الأعراض المرضية التي ظهرت على الأبن/ة المذكورة في النقطة 2, يقر الموقع/ة أدناه بالتالي (ضع علامة):

è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG);
أنه تم الاتصال بطبيب أطفال على حسابه الخاص, أو طبيب الأسرة التابع للتأمين الصحي العام

NON è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG).

لم يتم الاتصال بطبيب أطفال على حسابه الخاص, ولا بطبيب الأسرة التابع للتأمين الصحي العام

**In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.*

* في حالة ظهور الأعراض المذكورة, على ولي الأمر الاتصال بالطبيب المعالج (طبيب أطفال خاص أو تابع للتأمين الصحي) من أجل الفحص الطبي وإجراء اللازم قبل العودة إلى المدرسة

Luogo e data

التاريخ

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)

الأب/ الأم
(أو القائم بمسؤوليات الأباء)
