

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____,
nato/a a _____ il _____,
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,

DICHIARA

che il proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza dalla stessa
NON HA PRESENTATO (croettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)

HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato sintomi

È stato valutato clinicamente dal pediatra di libera scelta/medico di medicina generale Dottor /ssa
_____.

Sono state seguite le indicazioni fornite

Il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 3 giorni

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
