

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/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 del
COVID-19 per la tutela della salute della collettività,**

DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

- NON HA PRESENTATO SINTOMI** (crocettare 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 48 ore
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____