

**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 _____,
_____ frequentante la classe _____ del plesso

**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 collettività, liberamente e senza alcuna costrizione**

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo
stesso NON HA PRESENTATO sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

*(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.)*

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Luogo e data
