

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

CLASSE _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____,

e residente in _____

in qualità di:

() genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____,

nato/a _____ il _____,

() alunno _____, nato/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 collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dalla stessa

NON HA PRESENTATO (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)

HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Medico di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale,

dottor/ssa _____

- sono state seguite le indicazioni fornite
- il figlio/a non presenta più sintomi da almeno 3 giorni
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

firma

() Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

() l'alunno _____