

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

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 al contenimento di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

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

- **NON HA PRESENTATO SINTOMI** (indicare con una crocetta in assenza di manifestazioni sintomatiche)
- **HA PRESENTATO SINTOMI**

In caso che il figlio/a abbia presentato sintomi:

- è stato valutato/a clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale Dottor/Dottoressa _____
- sono state seguite le indicazioni fornite;
- l'alunno/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore;
- la temperatura misurata prima dell'arrivo a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
