

**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  
\_\_\_\_\_ 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 (inserire una X nella casella che interessa)**

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

- HA PRESENTATO SINTOMI (assenza di manifestazioni sintomatiche)  
 HA PRESENTATO SINTOMI

**In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi, dichiara altresì che:**

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) 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 \_\_\_\_\_ gradi centigradi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_