

**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 _____,

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 nel periodo di assenza

☐ NON HA PRESENTATO SINTOMI

☐ HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

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

- sono state seguite le indicazioni fornite

- non presenta più sintomi

Luogo e data _____

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
