



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

- Scuola dell'Infanzia - Primaria -

Il/la sottoscritto/a _____ genitore (o
titolare della responsabilità genitoriale)
dell'alunno/a _____
frequentante la Scuola _____ di _____

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 la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio è stato assente da scuola dal _____ al _____ per

motivi di famiglia

motivi di salute

e può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dalla stessa (*barrare la casella*)

NON HA PRESENTATO SINTOMI

HA PRESENTATO SINTOMI

In caso in cui abbia presentato sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale, dott./dott.ssa _____
- sono state seguite le indicazioni fornite
- l'alunno/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
- la temperatura prima dell'ingresso a scuola non è superiore ai 37,5° C.

N.B: dopo il 5° giorno di assenza per motivi di salute (dal 6° giorno compreso in poi), si dovrà presentare obbligatoriamente il certificato medico.

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)