

**AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI  
PER COVID-19**

IL\LA sottoscritto\o .....

nato\a a ..... il.....

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**

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

NON HA PRESENTATO SINTOMI

HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio\la abbia presentato sintomi:

- È stato valutato clinicamente dal pediatra di libera scelta del medico di Medicina Generale (PLS\MMG) dottor\essa .....
- Sono state seguite le indicazioni fornite
- Il \la bambino\la non presenta più sintomi da 48 ore
- La temperatura misurata prima dell'inizio della scuola è di .....gradi centigradi

Luogo e data: .....

Firma di un genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

.....