

**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/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza  
dello stesso

NON HA PRESENTATO SINTOMI (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)

HA PRESENTATO SINTOMI

in caso il figlio/a abbia presentato sintomi:

- 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 48 ore
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di \_\_\_\_\_ gradi centigradi.

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

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