

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA STUDENTE

Il/la sottoscritto/a

_____ nato/a _____

_____ il _____ e residente

in _____ in qualità di genitore (o

titolare della responsabilità genitoriale) di _____, nato/a a

_____ il _____, classe _____, plesso

_____ , 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 al contenimento della diffusione di COVID-19 per la tutela della

salute della collettività

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a assente dal _____ al _____ può essere

riammesso a scuola in quanto l'assenza è avvenuta per

- MOTIVI NON DI SALUTE
- MOTIVI DI SALUTE, MA NON SINTOMI COVID
- PRESENZA DI SINTOMI

In caso il/la figlio/a abbia presentato i sintomi:

• è stato contattato un Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)

Dr./Dr.ssa _____ il ____/____/_____

- sono state seguite le indicazioni fornite
- il/la bambino/a non presenta più sintomi
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA STUDENTE

Il/la sottoscritto/a

_____ nato/a _____

_____ il _____ e residente

in _____ in qualità di genitore (o

titolare della responsabilità genitoriale) di _____, nato/a a

_____ il _____, classe _____, plesso

_____ , 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 al contenimento della diffusione di COVID-19 per la tutela della

salute della collettività

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a assente dal _____ al _____ può essere

riammesso a scuola in quanto l'assenza è avvenuta per

- MOTIVI NON DI SALUTE
- MOTIVI DI SALUTE, MA NON SINTOMI COVID
- PRESENZA DI SINTOMI

In caso il/la figlio/a abbia presentato i sintomi:

• è stato contattato un Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)

Dr./Dr.ssa _____ il ____/____/_____

- sono state seguite le indicazioni fornite
- il/la bambino/a non presenta più sintomi
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
