

**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) del minore _____

_____, nato/a a _____

il _____, assente dal _____ al _____

**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

- di essersi rivolto al proprio Medico Curate/Pediatra di libera scelta _____
(Nome e Cognome del Medico) numero di telefono _____ in data _____
- che il proprio figlio può essere riammesso a scuola perché **dalla valutazione clinica effettuata dal
Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta** non è emersa la necessità di accertamenti
relativi al sospetto di contagio da Covid in quanto la sintomatologia nel caso specifico non è
riconducibile ad esso.

In fede

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) o studente maggiorenne
