

I.C. VITTORINO DA FELTRE

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

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
e residente in _____ in qualità di titolare della potestà genitoriale di
_____ nato/a _____
il _____ allievo/a della classe _____ scuola _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, 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 a scuola poiché nel periodo di assenza

- A. Ha presentato sintomi riconducibili a Covid-19 (croce/are in presenza di manifestazioni sintomatiche)
- B. Non ha presentato sintomi riconducibili a Covid-19

In caso il figlio/a abbia presentato sintomi:

- È stato valutato clinicamente dal Pediatra di libera scelta o dal Medico di medicina generale dottor/dottoressa _____ il _____
- Sono state seguite le indicazioni fornite
- L'allievo/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
- La temperatura misurata prima dell'arrivo a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

Il titolare della responsabilità genitoriale _____