

**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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ del 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 alla diffusione di  
COVID-19 per la tutela della salute della collettività, liberamente e senza alcuna costrizione**

**DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo  
stesso NON HA PRESENTATO sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

*(In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di  
Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima  
della riammissione al servizio/scuola.)*

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Luogo e data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_