



**ISTITUTO COMPRENSIVO VIA LIBERTA'
SAN DONATO MILANESE**

Via Agadir, 7 – Tel. 02.5279159 – Tel. 02.5278790 - Fax 02.5279085

C.F. 97666820150 - C.M. MIIC8FA00V- e-mail: miic8fa00v@istruzione.it

pec:miic8fa00v@pec.istruzione.it

20097 SAN DONATO MILANESE (MI)

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

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a

_____, nato 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,

DICHIARA

Che il proprio/a figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

NON HA PRESENTATO (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)

HA PRESENTATO SINTOMI

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

E' stato valutato clinicamente dal pediatra di libera scelta/ medico di medicina generale,

dott./ssa _____

Sono state seguite le indicazioni fornite

- Il/la bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
- La temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi

Luogo _____

Data _____

Il genitore (o il titolare della responsabilità genitoriale)
