

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Istituto Comprensivo “ COLDIGIOCO”  
APIRO

**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 \_\_\_\_\_,

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 figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dello stesso

- NON HA PRESENTATO SINTOMI  
 HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale
- sono state seguite le indicazioni fornite
- non presenta più sintomi

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_