



AUTODICHIARAZIONE di CERTIFICAZIONE relativa all'assenza dell' ALUNNO/A

Il/la sottoscritto/a

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

..... 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 figlio, frequentante la classe sezione della Scuola
....., PUÒ ESSERE RIAMMESSO a scuola poiché nel periodo di assenza dal
giorno al giorno

NON HA PRESENTATO i sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19: FEBBRE, DIFFICOLTÀ RESPIRATORIE, PERDITA DEL GUSTO E/O DELL'OLFATTO, MAL DI GOLA, TOSSE, CONGESTIONE NASALE, CONGIUNTIVITE, VOMITO, DIARREA, MIALGIE, ecc.

In presenza di tali sintomi il sottoscritto **HA PROVVEDUTO A CONTATTARE** in data il dott in qualità di Pediatra di riferimento o Medico di Medicina Generale. Da tale incontro/contatto non sono emerse sintomi/patologie che possano precludere la regolare partecipazione alla vita scolastica da parte dell'alunno/a.

Il sottoscritto dichiara di essersi attenuto a quanto prescritto dal medico di riferimento.

Data: _____

Firma (dell'interessato o dell'esercente la responsabilità genitoriale)