

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE (fino a 5 giorni)
O RIENTRO A CASA SU SEGNALAZIONE DEL REFERENTE COVID-19**

• **IN CASO DI ALUNNO MINORENNE**

Il/lasottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
e residente in _____ alla via _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____
nato/a _____ il _____, frequentante la classe _____

- assente dal giorno _____ al giorno _____ per n. tot di giorni _____,
- Rientrato a casa per sintomi compatibili al Covid-19, il giorno _____
- Assente per ricovero ospedaliero (si allega copia foglio di dimissioni)

CHIEDE CHE IL PROPRIO FIGLIO POSSA ESSERE RIAMMESSO A SCUOLA

• **IN CASO DI ALUNNO MAGGIORENNE**

Il/lasottoscritto/a _____
frequentante la classe _____

- assente dal giorno _____ al giorno _____ per n. tot di giorni _____,
- Rientrato a casa per sintomi compatibili al Covid-19, il giorno _____
- Assente per ricovero ospedaliero (si allega copia foglio di dimissioni)

CHIEDE DI POTER ESSERE RIAMMESSO A SCUOLA

Consapevole, inoltre, 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:

- è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)
- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)
- sono state seguite le indicazioni fornite;
- il figlio non presenta più sintomi da almeno 48 ore;
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è inferiore a 37,5 °

Apricena, _____

Firma del genitore /titolare responsabilità genitoriale

o

Firma dell'alunno maggiorenne
