**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e frequentante la classe

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 dallo 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
	+ altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)