

ISTITUTO COMPRENSIVO "DUCCIO GALIMBERTI"

Piazza della Solidarietà e del Volontariato n. 3 - 12010 Bernezzo (CN)

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

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

E residente in _____

In qualità di genitore (o di titolare della responsabilità genitoriale) di _____

_____ nato/a a _____ il _____

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento di diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività:

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza

- il giorno
- dal giorno al giorno

lo stesso:

- NON HA PRESENTATO (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)
- HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa _____
- sono state seguite le indicazioni fornite
- lo/la studente/ssa non presenta più sintomi da almeno 48 ore
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)