

**AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO/A
ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI COVID-19/
MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI**

RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000,

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il __/__/____
a _____ (____), residente in _____ (____),
via _____ n° _____,
in qualità di genitore/tutore dell'alunno _____
nato a _____ il _____
frequentante la classe ____ Sezione ____

Infanzia - Primaria - Secondaria 1° Grado **dell'Istituto Comprensivo "M. Rossi"-** Sciacca
(Ag)

Sede Centrale di via E. De Nicola, 2/c Plesso di via Tommaso Campanella

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 al contrasto della
diffusione di COVID-19,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
CHE IL PROPRIO FIGLIO/A:**

può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza:

NON HA PRESENTATO SINTOMI DI MALATTIA – specificare motivazione:

HA PRESENTATO SINTOMI NON SOSPETTI PER COVID-19

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 dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale ;
- l'alunno/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore;
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi

Il genitore/tutore è consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 495 del codice penale.

Sciacca, _____

Firma

(IL GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO)