

**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 \_\_\_\_\_,

**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 la collettività,**

**DICHIARA**

che il proprio figlio assente da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ non è stato ritenuto,  
a seguito di consultazione del pediatra o del Medico di Medicina Generale, caso sospetto COVID-19.

che il proprio figlio assente da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ non è stato caso  
sospetto COVID-19.

*In caso di presenza di sintomi COVID-19 il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di  
Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima  
della riammissione al servizio/scuola.*

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_