



**AUTOCERTIFICAZIONE DEI GENITORI PER RIENTRO A SCUOLA  
DA CONSEGNARE AL DOCENTE DI CLASSE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ e domiciliato/a in  
\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ in qualità di genitore/tutore legale di  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe  
\_\_\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_

**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/a nel periodo di assenza

- che il proprio figlio si è assentato dal.....al.....per motivi familiari;
- che il proprio figlio si è assentato dal.....al.....per motivi di salute e che al rientro a scuola NON presenta sintomi riconducibili a COVID-19, secondo il parere del medico di medicina generale;
- che è stato contattato in medico curante (Pediatra di libera scelta o Medico di medicina generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.

**ALTRESÌ DICHIARA**

- che l'assenza non è dovuta a malattia ma a \_\_\_\_\_
- di non essere di ritorno da un paese definito a rischio e/o di aver svolto obbligo di quarantena

Luogo e  
data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità  
genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_