



**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)
