



**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 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 il 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)

\_\_\_\_\_