



SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA

Via Centallo, 275
Loc. Maddalene
12045 FOSSANO – CN

TEL / FAX 0172 643151

E-mail asilo.maddalene@libero.it

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE
NON SOSPETTI PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____,

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

_____, nato/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/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

NON HA PRESENTATO (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)

HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i

è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale
sintomi: (PLS/MMG) dottor/ssa

sono state seguite le indicazioni fornite

il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore

la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____