

**AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DA SCUOLA  
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19  
superiore a 5 gg (computando sabato e domenica)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o tutore della responsabilità legale) di

Infanzia/primaria/secondaria \_\_\_\_\_

(cognome e nome alunno) \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute dell'intera comunità scolastica

**DICHIARA**

che il proprio/a figlio/a può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza **NON HA PRESENTATO** i sintomi propri di COVID-19 ed ha inoltre **consultato il medico/pediatra curante e si è attenuto scrupolosamente alle sue indicazioni.**

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Il genitore (o tutore della responsabilità legale)  
(Firma leggibile)

\_\_\_\_\_