

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA IN CASO DI USCITA ANTICIPATA /
ASSENZA (FINO A 3 GIORNI SCUOLA INFANZIA OVVERO FINO A 10 GIORNI ALTRI ORDINI DI SCUOLA)
PER MOTIVI DI SALUTE NO- COVID**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di
_____ nato/a a _____ il _____

Frequentante la classe ____ del plesso _____

assente dal _____ al _____

prelevato anticipatamente in data _____ per motivi di salute,

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/la proprio/a figlio/a, nel periodo di assenza dello/a stesso/a,

NON HA PRESENTATO SINTOMI SIMIL INFLUENZALI

HA PRESENTATO SINTOMI SIMIL INFLUENZALI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi simil influenzali e rientri a scuola entro 3 gg (Infanzia) o entro 10 gg (Primaria e Secondaria di I grado):

- è stato valutato dal Pediatra di Libera Scelta / Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dott./dott.ssa _____ (nome e cognome in stampatello), il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre lo studente al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19.

Il/la sottoscritto/a chiede, pertanto, che il/la proprio/a figlio/a sia riammesso/a a scuola in data odierna.

Altofonte, _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
