



**ISTITUTO COMPRENSIVO "PROF. ANTONIO MORATTI"**

Via Nazionale,48

54013 FIVIZZANO (MS) -Tel. e Fax 0585/92077- 0585/92424

COD. MECC.MSIC81600R –COD.FISCALE 90007500458

e-mail : [msic81600r@istruzione.it](mailto:msic81600r@istruzione.it)

posta certificata: [msic81600r@pec.istruzione.it](mailto:msic81600r@pec.istruzione.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 collettività.

**D I C H I A R A**

che il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio /scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso:

- A. E' STATO ASSENTE PER MOTIVI FAMILIARI**
- B. E' STATO ASSENTE PER PATOLOGIE PREGRESSE**
- C. NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI AL COVID – 19(crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche )**
- D HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILE AL COVID -19**

**Nel caso contrassegnato dalla lettera D dichiara che il figlio/a**

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta /Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa \_\_\_\_\_

e sono state eseguite 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 \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_