

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA  
PER MOTIVI DI SALUTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

nato/a 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 della diffusione del COVID-  
19 per la tutela della salute della collettività**

DICHIARA

che il figlio/a è stato assente da scuola dal giorno.....per motivi di salute e che può essere  
riammesso poiché nel periodo di assenza  
(barrare la casella opportuna)

NON HA PRESENTATO SINTOMI LEGATI A COVID-19

HA PRESENTATO SINTOMI POTENZIALMENTE LEGATI A COVID-19 per i quali ha contattato il  
medico curante (Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale) e, dopo sua valutazione,  
di essersi attenuto/a alle indicazioni riguardo la terapia e il numero di giorni di assenza da scuola  
con autorizzazione della ripresa della frequenza scolastica dal giorno.....

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_