

**AUTODICHIARAZIONE RIENTRO A SCUOLA
DOPO ASSENZA PER MALATTIA SENZA SINTOMATOLOGIA COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____, e residente in _____
via _____, in qualità di genitore (o titolare della
responsabilità genitoriale) di _____
nato/a a _____ il _____, iscritto alla classe _____ sez. _____
della scuola _____

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

NON HA PRESENTATO sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

DICHIARA, inoltre,

- di aver consultato il Pediatra di libera scelta o il Medico di Medicina Generale.
- di non aver consultato il Pediatra di libera scelta o il Medico di Medicina Generale.

In caso di presenza di sintomatologia compatibile con infezione da COVID-19, il sottoscritto è consapevole di dover contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
