

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

Il/lasottoscritto/a _____

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 collettività,

DICHIARA

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

NON HA PRESENTATO (crociettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)

HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i seguenti sintomi: febbre superiore ai 37.5°, sintomi respiratori (tosse, faringodinia, rinorrea, dispnea), sintomi gastroenterici (vomito e diarrea) o altro: _____

è stato contattato telefonicamente o è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)

dottr/ssa _____

sono state seguite le indicazioni fornite

l'alunno non presenta più sintomi da almeno 48 ore

la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è inferiore ai 37°

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
