

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19 o PER ALTRI MOTIVI**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____ in qualità di genitore (o titolare della
responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____, 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,**

DICHIARA

- che il proprio figlio/a può essere riammesso/a al servizio/scuola in quanto il periodo di assenza dal
_____ al _____ è dovuto a motivi _____
- di aver contattato il medico di famiglia/pediatra _____ e seguito il percorso
diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da documenti nazionali e regionali e che il
proprio figlio/a può essere riammesso/a al servizio/scuola e giustificato/a per il periodo di assenza dal
_____ al _____. Dichiaro inoltre che il suddetto medico ha ritenuto non necessario
rilasciare attestazione medica per la riammissione a scuola ma che lo stesso ha reputato che l'alunno/a possa
riprendere le lezioni non presentando sintomi riferibili all'epidemia COVID-19.

Ancona ___/___/_____

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19 o PER ALTRI MOTIVI**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____ in qualità di genitore (o titolare della
responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____, 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,**

DICHIARA

- che il proprio figlio/a può essere riammesso/a al servizio/scuola in quanto il periodo di assenza dal
_____ al _____ è dovuto a motivi _____
- di aver contattato il medico di famiglia/pediatra _____ e seguito il percorso
diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da documenti nazionali e regionali e che il
proprio figlio/a può essere riammesso/a al servizio/scuola e giustificato/a per il periodo di assenza dal
_____ al _____. Dichiaro inoltre che il suddetto medico ha ritenuto non necessario
rilasciare attestazione medica per la riammissione a scuola ma che lo stesso ha reputato che l'alunno/a possa
riprendere le lezioni non presentando sintomi riferibili all'epidemia COVID-19.

Ancona ___/___/_____

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
