



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “LALLA ROMANO”
DEMONTE**

VIA G. PEANO, 6 12014 DEMONTE (CN)

☎ 017195150 - fax 0171 950935 - email: cnic80300a@istruzione.it

Sito internet - <https://www.icdemonte.edu.it>

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

e residente in _____

In qualità di genitore (o di titolare della responsabilità genitoriale) di _____

_____ nato/a a _____ il _____

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento di diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività:

DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché:

- L'ASSENZA È STATA DETERMINATA DA MOTIVI DI FAMIGLIA
- NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCEBILI AD INFEZIONE DA COVID-19 (croccare in assenza di manifestazioni sintomatiche)
- HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCEBILI AD INFEZIONE DA COVID-19

Nel caso in cui il figlio/a abbia presentato sintomi:

- Sono state seguite le indicazioni fornite dal pediatra o dal medico di base o dall'ASL
- Lo studente non presenta più sintomi da almeno 48 ore
- La temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi
- Il tampone effettuato ha dato risultato NEGATIVO. Si allega copia dell'esito fornito dal medico curante o dall'ASL.

Luogo e data _____

Il Genitore / esercente la responsabilità genitoriale
