

Allegato 2

ISTITUTO COMPRENSIVO DI GOVONE

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA**

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_,  
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale di  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

che il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola in quanto l'assenza è  
avvenuta per:

- MOTIVI NON DI SALUTE
- PRESENZA SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato contattato un Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)
- sono state eseguite le indicazioni fornite
- il bambino non presenta più sintomi
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di \_\_\_\_\_ gradi centigradi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_