

ALLEGATO 4**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____,

e residente in _____

in qualità di 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 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
PRESENZA SINTOMI per i quali è stato contattato un Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina
Generale (PLS/MMG) Dr./Dr.ssa _____ il ____/____/____

- sono state seguite le indicazioni fornite
- il bambino/a non presenta più sintomi
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Si dichiara inoltre che il/la bambino/a in data ____/____/____ ha eseguito tampone
antigenico

Mediante kit di autodiagnosi⁴ _____

con esito _____.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

⁴ specificare nome del tampone utilizzato