

**AUTOCERTIFICAZIONE - RIAMMISSIONE DOPO ASSENZA DA SCUOLA PER
MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a _____ il ____ / ____ / _____ (Prov. ____)
residente a _____ (Prov. ____)

via _____ n. _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno
_____, nato/a _____ il
_____, iscritto alla classe _____ della Scuola dell'Infanzia/Primaria/
Secondaria dell'I.C. "G.P. Clerici" assente da scuola per malattia dal _____ al
_____, per un totale di _____

**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 è stato assente per il seguente motivo: _____
_____ e pertanto, non avendo bisogno di ulteriori
documenti che ne comprovino la guarigione, chiede la riammissione alla comunità scolastica. Si
dichiara che, per precauzione, si è / non si è contattato il proprio medico di medicina generale, dott.
_____ (cognome e nome del proprio medico) di _____
(città).

*L'istituto ricorda che in caso di presenza di sintomi riconducibili al COVID-19 (tosse persistente,
rinite acuta, respiro affannoso o difficoltà a respirare, diarrea o sintomi gastrointestinali acuti,
congiuntivite, alterazione degli odori e del gusto, o temperatura corporea superiore a 37.5°C) il
genitore è obbligato a contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di
Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al
servizio/scuola.*

Gerenzano, ____ / ____ / _____

Il Genitore _____