

ISTITUTO COMPRENSIVO DI ROCCHETTA TANARO

MODELLO PER AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a 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/la proprio/a figlio/a può essere riammesso al servizio scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

- NON HA PRESENTATO (crocettate in assenza di manifestazioni sintomatiche)
- HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/ Medico di Medicina

Generale (PLSMMG) dottor/ssa _____

- sono state seguite le indicazioni fornite;
- il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore;
- la temperatura misurata prima dell'arrivo a scuola è di _____ gradi centigradi

Luogo e data

Firma di un genitore (o responsabile dell'attività genitoriale)

ISTITUTO COMPRENSIVO DI ROCCHETTA TANARO

MODELLO PER AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a 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/la proprio/a figlio/a può essere riammesso al servizio scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

- NON HA PRESENTATO (crocettate in assenza di manifestazioni sintomatiche)
- HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/ Medico di Medicina

Generale (PLSMMG) dottor/ssa _____

- sono state seguite le indicazioni fornite;
- il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore;
- la temperatura misurata prima dell'arrivo a scuola è di _____ gradi centigradi

Luogo e data

Firma di un genitore (o responsabile dell'attività genitoriale)
