

**ISTITUTO COMPRENSIVO****"San Francesco d'Assisi"**

Piazza Martiri della Libertà n. 12 – 13900 BIELLA Tel. 015.22779

e-mail: biic815007@istruzione.it – biic815007@pec.istruzione.it C.F. 90061100021www.icsanfrancescodassisiubiella.it

**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"SAN FRANCESCO D'ASSISI" - BIELLA**

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

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a 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 la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio/a è stato assente nel periodo: dal _____ al _____

e può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

☐ NON HA PRESENTATO (crocettare 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 (PLS/MMG) dottor/ssa _____
- sono state seguite le indicazioni fornite
- il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____