



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di THIENE
Piazza Scalcerle, 8 - tel. 0445.362543 - fax 0445.812662
C.M. VIIC88300B - C.F. 84006170249
MAIL: viic88300b@istruzione.it – PEC: viic88300b@pec.istruzione.it
www.ichtiene.edu.it



AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE 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 _____ 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 proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché è rimasto a casa per sintomi (più o meno lievi) che possono essere riconducibili al Covid-19 (raffreddore, febbre, tosse, vomitoecc.). Tuttavia è stato consultato

-il Pediatra dott.ovvero,

-il Medico di Medicina generale dott.

il quale non ha prescritto il tampone e ritiene che l'alunno possa tornare a scuola.

Data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
