

## AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE A 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 la collettività,

### DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso/a a scuola in quanto l'assenza è avvenuta per:

MOTIVI NON DI SALUTE \_\_\_\_\_

PRESENZA DI SINTOMI NON RICONDUCIBILI AL COVID-19 (es. mal di denti, distorsione, etc...)

PRESENZA DI SINTOMI RICONDUCIBILI AL COVID-19

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato contattato un Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) \_\_\_\_\_
- sono state seguite le indicazioni fornite
- il figlio/a non presenta più sintomi
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di \_\_\_\_\_ gradi centigradi.

Dichiara inoltre che il proprio/a figlio/a in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ha eseguito tampone antigenico

mediante kit di autodiagnosi (specificare nome del tampone utilizzato) \_\_\_\_\_

con esito \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_