



## ISTITUTO COMPRENSIVO “ERNESTO SCHIAPARELLI”

Sede Via Roma, 7 – 13897 – Occhieppo Inferiore (BI) - Telefono: 015 591791

Sedi staccate: Occhieppo Superiore, Pollone, Sordevolo

PEC: [biic80900x@pec.istruzione.it](mailto:biic80900x@pec.istruzione.it) – Posta ordinaria: [biic80900x@istruzione.it](mailto:biic80900x@istruzione.it) WEB: [www.icocchieppoinferiore.it](http://www.icocchieppoinferiore.it)

# AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA 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 al servizio/scuola in quanto l'assenza è avvenuta per:

- MOTIVI NON DI SALUTE  
 PRESENZA DI SINTOMI

#### 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 bambino/a non presenta più sintomi da almeno 3 giorni
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di \_\_\_\_\_ gradi centigradi.

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

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_