

**AUTODICHIARAZIONE**

**ASSENZA ALUNNO/A DA SCUOLA  
ATTESTAZIONE DEL GENITORE PER LA RIAMMISSIONE  
ASSENZA PER MALATTIA**

Al Dirigente Scolastico  
dell' Istituto Comprensivo  
"Martin Luther King"  
di ACCADIA (Fg)

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della  
responsabilità genitoriale) dell' alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_ consapevole di tutte  
le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti  
dell' **art. 46 D.P.R. n.445/2000** e consapevole dell' importanza del rispetto delle misure di  
prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA\***

- o Che il proprio/a figlio/a è stato assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_\_ per  
problemi di salute e dopo aver contattato il Pediatra o il Medico generico di base  
Dott.\*\* \_\_\_\_\_ può essere riammesso/a in classe  
poiché il medico non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico  
per Covid-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.
  
- o Che il proprio/a figlio/a si è assentato /a dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_\_  
a causa di malessere passeggero e che può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di  
assenza **NON HA PRESENTATO** i sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19.  
Il sottoscritto dichiara di essersi attenuto a quanto prescritto dal medico di riferimento.

\*(spuntare la voce interessata)

\*\*\*(specificare cognome e nome del Pediatra o Medico generico di base)

\_\_\_\_\_,  
li, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

del genitore o dell' esercente la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_