



***AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA  
PER MOTIVI DI SALUTE***

Il/la sottoscritto/a (cognome-nome Genitore) .....

nato/a a .....il .....

e residente in via/p.zza.....

città.....

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di (cognome-nome allievo) .....

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 della diffusione del COVID-19 per la tutela della salute della collettività,**

**DICHIARA**

che il figlio/a è stato assente da scuola dal giorno..... per motivi di salute.

Dichiara inoltre aver contattato il medico curante (Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale) e dopo sua valutazione di essersi attenuto/a, alle indicazioni riguardo la terapia e il numero di giorni di assenza da scuola con autorizzazione della ripresa della frequenza scolastica dal giorno.....

Luogo e data.....

Firma del genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

.....