



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI
pon
2014-2020
PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



Cambridge English
Exam Prep



Ministero dell'Istruzione
Istituto Comprensivo Statale "G. Falcone e P. Borsellino"
Via G. Giolitti, 11 – 20022 Castano Primo (MI)
Tel. 0331 880344 - Fax 0331 877311
C.M. MIIC837002 - C.F. 93001830152
e mail: segreteria@icscastano.edu.it - www.icscastano.edu.it

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE IN MANCANZA DI
CERTIFICATO MEDICO
SCUOLA DELL'INFANZIA**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

_____ nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____

assente dal _____ al _____

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 sia stato valutato clinicamente dal pediatra di libera scelta



Il/ la Dott. _____

il/la quale **NON** ha rilasciato alcuna certificazione per la riammissione.

- che il proprio figlio/a **NON** HA PRESENTATO SINTOMI rapportabili all'infezione da COVID-19

Sintomatologia compatibile con COVID-19

- | | |
|--|--|
| - febbre ($> 37,5^{\circ} \text{C}$) | - mal di gola |
| - tosse | - congiuntivite |
| - difficoltà respiratorie | - sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea) |
| - perdita/alterazione del gusto e dell'olfatto | - mal di testa |
| - congestione nasale | - dolori muscolari |
| - raffreddore | - stanchezza |

- che in data odierna **NON** presenta più sintomi ed è in buona salute.

Data

Firma del genitore
