



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

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- febbre ($> 37,5^{\circ}$ C)- tosse- difficoltà respiratorie- perdita/alterazione del gusto e dell'olfatto- congestione nasale- raffreddore | <ul style="list-style-type: none">- mal di gola- congiuntivite- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)- mal di testa- dolori muscolari- stanchezza |
|---|---|

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

Data

Firma del genitore