**SCUOLA DELL’INFANZIA D. BRUNO VED. PICCO**

**P.zza Conte Rosso 18 – AVIGLIANA**

**Tel. 011/9328664 – Fax 011/9314014**

**C.F. 86002630019 – P.IVA 04343100014**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

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 alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

# DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

* NON HA PRESENTATO (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)
* HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

* è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa
* sono state seguite le indicazioni fornite
* il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
* la temperatura misurata prima dell’avvio a scuola è di gradi centigradi.

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)