



ALLEGATO 2
STUDENTI NON INSERITI NEL PERCORSO COVID 19

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

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____ della classe _____ 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,

chiede

che il proprio figlio/a possa essere riammesso a scuola a seguito di assenza dal _____ al _____.

A tal fine

dichiara che il/la proprio/a figlio/a

- è stato assente per motivi di salute non riconducibili a sintomatologia COVID 19
- è stato assente per motivi di salute riconducibili a sintomatologia COVID 19

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 _____ recapito telefonico _____ il quale non ha inserito mio/a figlio/a nel percorso COVID 19.
- ✓ sono state seguite le indicazioni fornite
- ✓ Io/a studente/ssa non presenta più sintomi da almeno 48 ore
- ✓ la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola non è superiore a 37.5 °C

La presenta dichiarazione sostituisce la certificazione del medico per il rientro in classe soltanto nei casi in cui lo studente/ssa non sia stato inserito dal DdP o da PLS/MMG nel percorso COVID 19.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____