

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

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di Genitore o Esercente la responsabilità genitoriale

dello/a studente/ssa ..... della classe.....

plesso/sezione: .....

**DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola in quanto il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale)

- non ha ritenuto necessario avviare un'indagine per COVID-19.
- ha richiesto un test per covid-19 ed è risultato negativo ( si allega il referto )

Luogo e data

Il Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale

.....

.....

---

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

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di Genitore o Esercente la responsabilità genitoriale

dello/a studente/ssa ..... della classe.....

plesso/sezione: .....

**DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola in quanto il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale)

- non ha ritenuto necessario avviare un'indagine per COVID-19.
- ha richiesto un test per covid-19 ed è risultato negativo ( si allega il referto )

Luogo e data

Il Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale

.....

.....