**AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA**

(assenze inferiori o pari a giorni 3 per scuola infanzia e comprese tra 4 e 10gg per scuola primaria e secondaria I grado)

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 \_\_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_ della scuola dell’infanzia/primaria/secondaria di I grado,

**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 l'assenza del/la proprio/a figlio/a del/i giorno/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* NON È STATA determinata da motivi di salute
* È STATA determinata da motivi di salute

***Solo se l'assenza è stata determinata da motivi di salute:***

Il/La sottoscritto/a dichiara che il/la proprio/a figlio/a è stato/a valutato/a clinicamente dal PLS/MMG *(Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale)* e sono state seguite le indicazioni fornite*.*

Dichiara altresì che la temperatura misurata prima del rientro a scuola è inferiore a 37.5

La presente dichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_