

**ISTITUZIONE SCOLASTICA I° CIRCOLO ASTI**

**C.so Dante Alighieri 88, 14100 Asti - Tel. 0141/593171**

**C. M.: ATEE00100D – Codice Fiscale: 80005440054 - Codice Univoco: UF9BU2**

**e-mail: [atee00100d@istruzione.it](mailto:atee00100d@istruzione.it) – pec: [atee00100d@pec.istruzione.it](mailto:atee00100d@pec.istruzione.it) – sito web: [www.primocircoloasti.edu.it](http://www.primocircoloasti.edu.it)**

**DICHIARAZIONE 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 collettività,

**DICHIARA**

Che il proprio figlio/a può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza:

- NON HA PRESENTATO SINTOMI COVID
- HA PRESENTATO SINTOMI COVID

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 72 ore;
- La temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di \_\_\_\_\_ gradi centigradi;
- Il Pediatra di Libera Scelta/Medico Di Medicina Generale non ha individuato un caso sospetto

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

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

---

*Non è possibile riprendere la frequenza delle lezioni senza tale certificato. In caso di mancanza del certificato saranno chiamati i genitori per provvedere a fornirlo immediatamente altrimenti saranno tenuti a prelevare il figlio/a.*

---

---

---