

Da utilizzare in caso di assenza per motivi sanitari inferiore a tre giorni per la scuola dell'infanzia e a cinque giorni per la scuola primaria per sintomi non compatibili con Covid-19

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

ai sensi degli artt. 46 e 47 del [D.P.R. n. 445/200](#)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ prov _____
in via/piazza _____ n. _____ cap _____
genitore ovvero tutore legale di _____
frequentate la classe/sezione _____
della Scuola _____

consapevole delle conseguenze penali e civili in caso di dichiarazioni mendaci e
consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate a
contrastare la diffusione COVID-19 per la tutela della salute della collettività;

DICHIARA

che NON si sono manifestati sintomi compatibili con COVID-19 durante l'assenza
del/della figlio/a nel periodo dal _____ al _____¹

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti
nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di
tutte le altre persone presenti all'interno di questa struttura; pertanto presta il proprio
esplicito e libero consenso al loro trattamento per la finalità di cui alle norme in
materia di contenimento e gestione dell'emergenza da Covid-19.

Pontassieve, lì _____

Firma leggibile

¹ In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.