

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

e residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

\_\_\_\_\_

nato/a 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 della diffusione del COVID-19 per la tutela della salute della collettività,**

**DICHIARA**

Che il figlio/a è stato assente da scuola dal giorno..... per motivi di salute.

Di aver contattato il medico curante (Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale) e, dopo sua valutazione, di essersi attenuto/a alle indicazioni riguardo la terapia e il numero di giorni di assenza da scuola, con autorizzazione della ripresa della frequenza scolastica dal giorno.....

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_