

**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 \_\_\_\_\_,

frequentante la classe \_\_\_ sez. \_\_\_ della Scuola Infanzia / Primaria / Secondaria di Primo Grado  
(cancellare le voci che non interessano) plesso \_\_\_\_\_

**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)

\_\_\_\_\_