

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

iscritto/a presso il liceo scientifico statale *Leonardo da Vinci* di Treviso  
classe \_\_\_\_\_ , sez. \_\_\_\_\_ ,

**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**

1. che il figlio/a è stato/a assente da scuola dal giorno \_\_\_\_\_ per motivi di salute;
2. 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 \_\_\_\_\_ .

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

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