

**ALLEGATO 4**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA**

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 al contenimento  
della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA**

che il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola in quanto l'assenza è avvenuta per  
PRESENZA SINTOMI per i quali è stato contattato un Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina  
Generale (PLS/MMG) Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- sono state seguite le indicazioni fornite
- il bambino/a non presenta più sintomi
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di \_\_\_\_\_ gradi centigradi.

Si dichiara inoltre che il/la bambino/a in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ha eseguito tampone  
antigenico

Mediante kit di autodiagnosi<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

con esito \_\_\_\_\_.

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

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> specificare nome del tampone utilizzato