



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. CAFFARO"

Scuola dell'infanzia - Scuola primaria e scuola secondaria di primo grado

Via C. Bollea,3 - 10060 BRICHERASIO (TO) - Tel. 0121-59168

E-mail: [toic84200d@istruzione.it](mailto:toic84200d@istruzione.it) PEC :[toic84200d@pec.istruzione.it](mailto:toic84200d@pec.istruzione.it)

Sito: [www.iccaffarobricherasio.edu.it](http://www.iccaffarobricherasio.edu.it).

C.F. 94544620019 - C.M. TOIC84200D

### 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 la/il propria/o figlia/o può essere riammessa/o 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
- la/il bambina/o non presenta più sintomi
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di \_\_\_\_\_ gradi centigradi.

Si dichiara inoltre che la/il bambina/o in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ha eseguito  
tampone anti genico

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