

ISTITUTO COMPRENSIVO LUSERNA SAN GIOVANNI

Istituto Comprensivo Statale di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

Via Tegas, 2 – 10062 Luserna San Giovanni (TO)

Tel. 0121/909970

e-mail: toic843009@istruzione.it
sito web: <https://icluserna.edu.it>



toic843009@pec.istruzione.it
codice fiscale: 94544270013

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 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 ⁴

_____ con esito _____.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

⁴ Specificare nome del tampone utilizzato