

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE**

Alla Coordinatrice Didattica della
scuola dell'Infanzia
Asilo Infantile di Follina

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

nato/a 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 alla diffusione di COVID19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio è stato assente da scuola nei giorni _____ **per motivi di salute.**

DICHIARA INOLTRE

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)
