

**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)

\_\_\_\_\_