

**DICHIARAZIONE DELLA FAMIGLIA PER ASSENZA DA SCUOLA  
PER MOTIVI DI SALUTE NON RICONDUCEBILI A COVID-19**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
e residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di  
\_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

che il proprio figlio/a è stato assente per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Si è reso necessario consultare il Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale
- Non si è reso necessario consultare il Pediatra di libera scelta o il Medico di Medicina Generale

*Si ricorda che in caso di presenza di sintomatologia potenzialmente suggestiva di possibile infezione da virus COVID-19, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.*

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_