|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | logo ministero |  |
| **MINISTERO DELL’ISTRUZIONE**  **Istituto Comprensivo “A. Manzoni”**  **Via XXV Aprile 28 - 24042 Capriate San Gervasio (Bg)**  Scuole Primarie: Capriate, San Gervasio, Filago - Scuole Secondarie di I Grado: Capriate, Filago  Tel: 02/9090759-02/90980484 - Fax: 02/92091821  Cod. Fisc.: 82005050164 - Cod. Mecc.: BGIC83400X - Codice Univoco Ufficio: UFJMK6  Email: bgic83400x@istruzione.it - [bgic83400x@pec.istruzione.it](mailto:bgic83400x@pec.istruzione.it)  **Sito web:** [**www.iccapriate.edu.it**](http://www.iccapriate.edu.it) | | |

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19 O PER MOTIVI PERSONALI**

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 \_ \_ \_\_ ,

**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 COVID-19 per la tutela della salute della collettività,**

**DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

dal \_ al NON HA PRESENTATO sintomi riconducibili a COVID-19 e

O sentito

O non sentito

il parere del proprio medico curante.

Luogo e data \_ \_

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)