

## DICHIARAZIONE 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 alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

### DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

NON HA PRESENTATO SINTOMI ED È STATO ASSENTE PER CAUSE DIVERSE, NON LEGATE A MOTIVI DI SALUTE

HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)

Dottor/ssa \_\_\_\_\_ che non ha ravvisato sintomi riconducibili a Covid-19.

sono state seguite le indicazioni fornite

il bambino/a non presenta più sintomi e risulta clinicamente guarito

N.B. barrare tutte le opzioni opportune.

### OPPURE DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

ha completato la quarantena prevista e presenta la documentazione richiesta dalla normativa vigente, ovvero per tutti i contatti obbligati alla misura di quarantena, la riammissione a scuola è subordinata al rilascio, da parte del Pediatra di libera scelta o del Medico di medicina generale, di nulla osta al rientro in collettività, a seguito della negatività al test molecolare o antigenico rapido.

Si rammenta che con il patto di corresponsabilità chi esercita la potestà genitoriale dichiara responsabilmente “di essere stato adeguatamente informato dai responsabili del servizio di tutte le disposizioni organizzative e igienico sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da COVID-19”, ivi compresa la necessità di raccordarsi con il medico curante o pediatra di libera scelta eseguirne le indicazioni.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

**SCUOLA MATERNA MONS. G. BONOMELLI**

Via D. Castelli, 27 - 24065 LOVERE - BG - Tel. 035/960750

EMAIL - [segreteria@asilobonomellilovere.it](mailto:segreteria@asilobonomellilovere.it) PEC: [scuolamaternabonomelli@pec.it](mailto:scuolamaternabonomelli@pec.it)

C. F. = 81003530169 P. IVA = 01427500168