

**AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO/A ASSENZA DA  
SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI COVID-19/ MOTIVI PERSONALI O  
FAMILIARI**

**RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000,**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
in qualità di genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_  
dell'“I.I.S.S. Liceo “G.G Adria - GP Ballatore” di Mazara del Vallo (TP)

Plesso Oriani       Plesso S.M. delle Giummarre       Plesso C.da Affacciata

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 495 c.p., e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ  
CHE IL PROPRIO FIGLIO/A:**

**può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza:**

**NON HA PRESENTATO SINTOMI DI MALATTIA – specificare motivazione:**

\_\_\_\_\_

**HA PRESENTATO SINTOMI NON SOSPETTI PER COVID-19**

**In caso il figlio/a abbia presentato sintomi:**

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) **dott.re/ssa** \_\_\_\_\_
- sono state seguite le indicazioni fornite dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale;
- l'alunno/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore;
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di \_\_\_\_\_ gradi centigradi

*Il genitore/tutore è consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 495 del codice penale.*

Mazara del Vallo lì, \_\_\_\_\_

Firma  
**(IL GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO)**