

## AUTOCERTIFICAZIONE DI ASSENZA

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 sotto la propria RESPONSABILITA'

che il proprio/a figlio/a è rimasto/a assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  
i seguenti motivi \_\_\_\_\_

In caso di assenza per motivi di salute dichiaro di aver contattato il Medico curante Dr/Dr.ssa  
\_\_\_\_\_ e di essermi attenuto/a alle sue indicazioni  
per quanto riguarda la cura ed il rientro in collettività:

- Senza esecuzione di tampone
- Con esecuzione di tampone ed esito negativo

Pertanto il bambino/a può frequentare la Scuola dell'Infanzia/Nido Integrato a partire dalla  
data odierna.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_