

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DAL SERVIZIO ASILO NIDO  
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

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 finalizzate alla prevenzione della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività

**DICHIARA**

che il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché il periodo di assenza dallo stesso è dovuto a:

MOTIVI NON DI SALUTE

PRESENZA DI SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato contattato un Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)
- sono state seguite le indicazioni fornite
- il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 3 giorni
- la temperatura misurata prima dell'entrata al nido è di \_\_\_\_\_ gradi C.

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

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_