

**Allegato 1**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di  
\_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
frequentante la

- Scuola dell'Infanzia  Via *Ciro Menotti* -  Viale *V. Veneto* -  Via *dei Mille* - sezione \_\_\_\_\_  
- Scuola Primaria  *A. Garibaldi* -  *S. Zavatti* - classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
- Scuola Secondaria di I Grado  *Annibal Caro* - classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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:

- NON HA PRESENTATO SINTOMI  
 HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale
- sono state seguite le indicazioni fornite
- non presenta più sintomi

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

Firma del genitore (titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_

**Allegato 1**

**自我缺课声明  
由于身体原因并不疑似新冠肺炎**

签署人男/女姓名\_\_\_\_\_

出生地址\_\_\_\_\_出生日期\_\_\_\_\_

住址街道\_\_\_\_\_城市\_\_\_\_\_ (省 )

作为父母 (监护人) , 孩子姓名\_\_\_\_\_ ,

出生地址 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ ,

就读

- 幼儿园  Via Ciro Menotti -  Viale V. Veneto -  Via dei Mille - 班级\_\_\_\_\_
- 小学  A. Garibaldi -  S. Zavatti - 年级\_\_\_\_\_ 班级\_\_\_\_\_
- 中学  Annibal Caro - 年级\_\_\_\_\_ 班级\_\_\_\_\_

从\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 到\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 期间**缺课**

该签署人应当意识到如果所声明内容不属实, 应当承担依据意大利相关法律规定的民事及刑事后果, 并清楚为了保护集体健康及防止疫情扩散应当遵守的相关防护措施的重要性,

**声明**

本人孩子可以正常返回学校, 在缺课期间出现过以下情况:

- 曾无任何症状
- 曾有症状

如孩子曾有症状

- 被儿童医生/普通医生诊断过
- 已经遵循医嘱
- 现在已经无任何症状

城市及日期\_\_\_\_\_

父母签字(监护人)\_\_\_\_\_