

**AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER  
MOTIVI NON COMPATIBILI CON COVID-19**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

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 la collettività,

**DICHIARA**

che durante l'assenza dei giorni \_\_\_\_\_ non è attribuibile a sintomi e/o patologie riconducibili a infezione da COVID-19.

Si riportano di seguito dettagliatamente i segni/sintomi del malessere:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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