



**REGIONE MARCHE**

GIUNTA REGIONALE

**Servizio Sanità**

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

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**

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