



**Ministero Istruzione Università Ricerca**  
**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE PARITARIO**  
**"ALESSANDRO MANZONI" - D.M.P.I. 2802/2001**

**Via Adua n. 5- 22036 ERBA - ☎ 031-642262 ☎ 031-3335259**  
**info@istitutomanzoni.org - http://www.istitutomanzoni.org**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e  
residente in \_\_\_\_\_

(oppure, in caso di studente minorenni)

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di  
\_\_\_\_\_, nato/a a il \_\_\_\_\_,

frequentante la classe \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

**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, liberamente e senza alcuna costrizione**

### **DICHIARA**

che (il proprio figlio) può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso NON  
HA PRESENTATO sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

(In caso di presenza di questi sintomi, l'alunno o il genitore dovrà contattare il medico curante  
(Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della  
riammissione a scuola.)

Luogo e data

Il Dichiarante