

RIAMMISSIONE A SCUOLA PER ASSENZA SCOLASTICA

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a

genitore/tutore di

nato/a a (....) il

frequentante

la sezione della SCUOLA DELL'INFANZIA

la classe..... sezione..... della SCUOLA PRIMARIA

la classesezione..... della SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

DICHIARA

CHE IL PEDIATRA (O MEDICO CURANTE) DEL PROPRIO FIGLIO/A NON HA POSTO IL
SOSPETTO DI COVID-19 E NON HA RITENUTO NECESSARIO PRESCRIVERE IL TEST
DIAGNOSTICO.

Pertanto risulta in stato di buona salute e non presenta forme morbose in atto clinicamente
rilevabili

Luogo e data

In fede _____