

**AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE PER IL RIENTRO A SCUOLA**  
dopo il periodo di quarantena per contatto stretto in assenza di Tampone negativo e/o  
certificato medico

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

assente da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per quarantena  
disposta da.....

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**

di non poter presentare tampone negativo o certificato medico di riammissione per il seguente  
motivo:



**DICHIARA INOLTRE**

che il proprio figlio/a nel periodo di isolamento fiduciario di 14 giorni **NON HA  
PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID** febbre, tosse, cefalea, sintomi  
gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), dolori diffusi, raffreddore/congestione nasale, brividi,  
difficoltà respiratorie, perdita improvvisa dell'olfatto o diminuzione dell'olfatto, perdita del  
gusto o alterazione del gusto.

Data

Firma

.....

.....