

**AUTODICHIARAZIONI DEI GENITORI PER RIENTRO DOPO  
MALATTIA INFERIORE A 4/6 GIORNI**

***Allegato 5)***

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ Nome  
\_\_\_\_\_ Luogo di nascita  
\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ genitore  
del bambino/studente \_\_\_\_\_ della scuola  
\_\_\_\_\_

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**

di avere preso contatto con il pediatra di famiglia/medico curante dott.

\_\_\_\_\_, di avere seguito le sue  
indicazioni e pertanto il figlio può essere riammesso a scuola.

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