



A.S. 2023 – 2024

agg. 22/05/2023

## Dichiarazione rilasciata in occasione della ripresa dell'attività scolastica dopo assenza (anche di un solo giorno)

---

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore /Tutore del minore \_\_\_\_\_

frequentante la scuola dell'infanzia

( ) **Carcano Grassi**      **via Nazario Sauro n. 1**

( ) **Paolo VI**              **via Beccaria n. 7**

nella valorizzazione della fiducia reciproca alla base del "Patto di corresponsabilità"

### Dichiara

di aver valutato il buono stato di salute complessivo del proprio figlio, se necessario anche con il proprio medico / pediatra di fiducia, e che non presenta evidenti sintomi influenzali anche riconducibili a possibili infezioni batteriche e/o virali (raffreddore, tosse, "naso colante", temperatura corporea alterata, mal di testa, dolori muscolari, ...): in particolare che non presenta sintomatologia respiratoria o temperatura corporea superiore a 37,5°C al momento dell'ingresso in struttura e anche nei tre giorni precedenti;

### Dichiara inoltre che

(barrare la casella di interesse)

- che l'assenza del proprio figlio/a dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ **non è stata causata da malattia;**
- che l'assenza del proprio figlio/a dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ **è stata causata da malattia ed è completamente guarito/a**, pur essendo privo/a di certificato medico rilasciato dal Pediatra di Libera Scelta / Medico di Medicina Generale.

Cormano, (data) \_\_\_\_\_

In fede

(Firma del Genitore / Tutore legale per esteso e leggibile): \_\_\_\_\_