

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "P. G. SEMERIA"  
MATERA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/tutore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe/sezione \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_  
assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

*sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o comunque non rispondenti al vero:*

**DICHIARA**

- 1. di aver contattato il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa \_\_\_\_\_ che non ha ritenuto opportuna l'adozione di misure previste dalla normativa COVID-19;
- 2. di aver seguito le indicazioni fornite dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale;
- 3. di aver rilevato la temperatura prima del rientro a scuola pari a \_\_\_\_\_ gradi centigradi;
- 4. che il minore non presenta più sintomi;
- 5. di non avere avuto contatti con persone con COVID 19 o per le quali sono adottate, dalla normativa vigente d'emergenza, particolari limitazioni e/o protocolli o di non esserne a conoscenza.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_