



Ministero dell'Istruzione - Ufficio Scolastico Regionale Lazio  
Scuola dell'Infanzia e Primaria Paritaria  
"San Francesco"

Istituto delle Terziarie Francescane Alcantarine  
via Casilina, 1602 - 00133 Roma Tel. 06.2050218 fax 06.2054799  
Cod. fiscale: 02641080581

C.M.: RM1E02900X (Primaria) RM1A029002 (Infanzia)

[www.scuolasanfrancesco.org](http://www.scuolasanfrancesco.org) - [sanfrancesco@alcantarine.org](mailto:sanfrancesco@alcantarine.org) - [sfscuolasanfrancesco@pec.it](mailto:sfscuolasanfrancesco@pec.it)

**Autocertificazione in caso di assenze per malattie**  
(da compilare in tutte le parti)

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapiti: ☎ \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/tutore del minore: \_\_\_\_\_

studente di questo istituto assente dal giorno \_\_\_\_\_

al giorno \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

- Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino
- Che il pediatra/medico di medicina generale dr/dr.ssa \_\_\_\_\_  
previo
  - consulto telefonico
  - visita medicaha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID
- Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi riferibili a COVID - 19

*Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000):*

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)