



**LICEO SCIENTIFICO STATALE  
"A. GRAMSCI"**

VIA ALBERTON 10/A 10015 IVREA (TO) - Codice Fiscale: 84004690016  
tel.: 0125.424357 - 0125.424742; fax: 0125.424338  
sito web: <http://www.lsgramsci.it> - <http://www.lsgramsci.gov.it>  
e-mail: TOPS01000G@istruzione.it - TOPS01000G@pec.istruzione.it



**AUTODICHIARAZIONE – ASSENZA SINTOMI COVID-19**

*Documento da stampare e tenere sempre con sé come da Decreto 9 settembre n.95 della Regione Piemonte*

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

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

e residente in \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

in qualità di genitore o titolare della responsabilità genitoriale di \_\_\_\_\_

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

e frequentante questo Istituto nella classe \_\_\_\_\_

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 al contrasto della diffusione del virus Sars-Cov-2 e per la tutela della collettività.

**DICHIARA**

- che il figlio / la figlia / il minore di cui si esercita la responsabilità genitoriale è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta / Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa

\_\_\_\_\_;

- sono state seguite le indicazioni fornite;
- la sintomatologia seguente è dovuta a una patologia diversa dal Covid-19:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Il Genitore (o responsabile della titolarità genitoriale): \_\_\_\_\_