

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE  
NON SOSPETTI PER COVID-19**

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

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

residente in \_\_\_\_\_

in qualità di (barrare la casella che interessa):

genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

dell'alunno \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_

studente maggiorenne frequentante la 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 alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,*

**DICHIARA**

che il proprio figlio/a (o il sottoscritto se studente maggiorenne) può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dello stesso NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

*In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.*

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

Firma

\_\_\_\_\_