

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

PER MOTIVI

DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
e residente a _____ (____) in Via _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno _____
nato/a a _____ (____) il _____ e frequentante la classe _____
della Scuola _____ del plesso di _____ presso
l'Istituto Comprensivo di..... ,

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 controllo della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (uguale o superiore a 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 (dolori muscolari)

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

Il genitore o il titolare della responsabilità
Genitoriale
