# 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  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |