

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

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a a _____ il _____

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 a scuola poiché nel periodo di assenza

dal _____ al _____

dalla stessa **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- Tosse	- Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disguesia)
- Difficoltà respiratorie	- Perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- Congiuntivite	- Mal di gola
- Rinorrea/congestione nasale	- Cefalea
- Sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea)	- Mialgie (dolore muscolare)

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 a scuola.

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)

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

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a a _____ il _____

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 a scuola poiché nel periodo di assenza

dal _____ al _____

dalla stessa **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- Tosse	- Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disguesia)
- Difficoltà respiratorie	- Perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- Congiuntivite	- Mal di gola
- Rinorrea/congestione nasale	- Cefalea
- Sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea)	- Mialgie (dolore muscolare)

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 a scuola.

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)
