

Modello

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

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

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

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

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale ) dell'alunno/a

\_\_\_\_\_ nato/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 alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività**

**DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a 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 (>37,5° C)
- Tosse
- Difficoltà respiratorie
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale (raffreddore)
- 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 titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_