**ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCANDALE**





***Con sede staccata di San Mauro M.to***

*Via Gramsci 88831 Scandale ( Kr ) Tel. 0962 / 54074 -54747 Fax 0962-54074*

*P.E.O:* *kric80800g@istruzione.it* *P.E.C.:* *kric80800g@pec.istruzione.it*

*Cod. mecc. KRIC80800G - C.F. 81004730792 – Codice Univoco UF4C9J*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**ALLEGATO N. 03**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLAPER 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

frequentante la classe \ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SCUOLA DELL’INFANZIA – PRIMARIA - SECONDARIA I GRADO

(barrare l’ordine di scuola di interesse)

**GIUSTIFICA**

l’assenza del proprio figlio dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per MOTIVI DI SALUTE.

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:

□non è stato valutato dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) poiché non ha presentato sintomi potenzialmente sospetti per Covid;

□ È stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG);

□ sono state seguite le indicazioni fornite dallo specialista;

□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

Luogo e data……………………………. Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

 …………………………………………………