

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
e 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 alla diffusione
di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso a 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
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

OPPURE

HA PRESENTATO uno o più sintomi di cui sopra e che

- il proprio figlio in data è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta - Medico di Medicina Generale dott./dott.ssa
- sono state seguite le indicazioni fornite dal medico.

Dichiaro inoltre che il medico ha reputato di non dover produrre l'attestazione di conclusione del percorso terapeutico raccomandato

Si allega l'attestazione di conclusione del percorso terapeutico raccomandato

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)

.....

.....