# AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

**PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19 o motivi diversi da malattia**

**Da consegnare direttamente a scuola**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  | nato/a | |  |
| e residente in |  | | | |
| in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di (Cognome E Nome) | | | | |
| nato/a |  | il, |  | |
| frequentante la classe |  | plesso |  | |

# 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 al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO** – **HA PRESENTATO** (cancellare ciò che non interessa)i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19: ***(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).***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| si | no | Febbre (> 37,5° C) | si | no | Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia) |
| si | no | Tosse | si | no | Perdita/diminuzione improvvisa dell’olfatto (anosmia/iposmia) |
| si | no | Difficoltà respiratorie | si | no | Mal di gola |
| si | no | Congiuntivite | si | no | Cefalea |
| si | no | Rinorrea/congestione nasale | si | no | Mialgie |
| si | no | Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea) |  |  |  |

***e* si è attenuto / non si è attenuto** (cancellare ciò che non interessa) **alle indicazioni del pediatra o del medico curante** c**he ha autorizzato il rientro in comunità.**

* *Altre note e informazioni relative all’assenza o per* ***assenza dovuta a motivi diversi da malattia*** *(visita medica, motivi familiari, etc.)*

|  |
| --- |
|  |

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)