



**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA  
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19 o motivi diversi da malattia**  
Da inviare alla mail [icmontalcini.covidassenze@gmail.com](mailto:icmontalcini.covidassenze@gmail.com)

|  |  |        |  |
|--|--|--------|--|
| 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:

|    |    |  |    |    |   |
|----|----|--|----|----|---|
| 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 alle indicazioni del pediatra o del medico curante che ha autorizzato il rientro in comunità.**

***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.***

- *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)