

**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) 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 collettività,

DICHIARA

(selezionare opzione)

Che il proprio figlio /a è stato/a assente nella/e giornata/e di _____ per motivi
_____.

Si dichiara altresì che nel/i giorno/i di assenza NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre ($\geq 37,5^{\circ}$ C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa di gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

Che in caso di presenza anche di uno solo di questi sintomi, il genitore ha contattato il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, che ne ha autorizzato la riammissione a scuola.

Luogo e data

Il genitore
