

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE
NON SOSPETTI PER COVID-19 E/O PER MOTIVI DI FAMIGLIA**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____, il _____
e residente in _____, via/piazza _____
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
della importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la
tutela della salute,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/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.

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.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

N.B. La presente autocertificazione va compilata e presentata alla scuola anche per un solo giorno di assenza.

Il certificato medico di riammissione alla scuola deve essere prodotto secondo il seguente prospetto:
- scuola d'infanzia – dopo 3 gg di assenza;
- scuola primaria e secondaria di 1° grado – dopo 10 gg di assenza.