

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Cognome e Nome il \_\_\_\_\_,  
e residente in \_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità  
genitoriale) dell'alunno/a \_\_\_\_\_ Cognome e Nome della classe \_\_\_\_ sez.  
\_\_\_\_\_

- Scuola dell'Infanzia  
 Scuola Primaria  
 Scuola Secondaria di primo grado

**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**

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 padre \_\_\_\_\_

La madre \_\_\_\_\_