

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 la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso a 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 dichiara di aver contattato il medico curante (Pediatra di Libera Scelta) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, e che il pediatra abbia autorizzato dalla data odierna la riammissione a scuola del bambino/a.

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)
