

OGGETTO: AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE

I sottoscritti, _____ e _____

(cognome e nome)

(cognome e nome)

☐ Genitore/i ☐ Tutore ☐ Esercente responsabilità genitoriale

dell'alunno/a _____, nato/a a _____ il _____

(cognome e nome)

iscritto nell'a.s. _____ alla classe _____ sez. _____ 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 mitigazione della diffusione di COVID-19 e di altre malattie infettive, per la tutela della salute della collettività

*(barrare la dichiarazione pertinente)***DICHIARANO**

☐ che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 e altre malattie infettive:

- 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
- rash cutaneo

*oppure***DICHIARANO**

☐ che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso a scuola poiché, pur in presenza di uno dei sintomi potenzialmente sospetti, ha ottenuto valutazione clinica da parte del medico curante (PLS/MMG) che ha indicato il percorso di cura e, in seguito ad esso, attualmente non presenta più tali sintomi.

Giovinazzo,

Firma _____