



AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della resp. 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

CASISTICA A- PER MOTIVI PERSONALI /FAMILIARI E NON DI SALUTE

CASISTICA B- PER MOTIVI DI SALUTE CON SINTOMI NON LEGATI A COVID-19

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO** i seguenti potenzialmente sospetti per COVID-19:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> febbre (> 37,5° C) | <input type="radio"/> perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia) |
| <input type="radio"/> tosse | <input type="radio"/> perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia) |
| <input type="radio"/> difficoltà respiratorie | <input type="radio"/> mal di gola |
| <input type="radio"/> congiuntivite | <input type="radio"/> cefalea |
| <input type="radio"/> rinorrea/congestione nasale | <input type="radio"/> mialgie |
| <input type="radio"/> sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea) | |

CASISTICA C- PER MOTIVI DI SALUTE SOSPETTI PER COVID-19 MA CHE SI SONO RISOLTI SENZA TAMPONE

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso:

- pur avendo presentato sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 (es. *febbre > 37,5° C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali, perdita/alterazione improvvisa del gusto, perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto, mal di gola, cefalea, mialgie*), il pediatra/medico di famiglia non ha fatto attivare la procedura di test diagnostici;
- non ha più presentato sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 negli ultimi tre giorni;

N.B: il rientro a scuola, prima che siano trascorsi i tre giorni senza sintomi sospetti, può avvenire solo previa attestazione, rilasciata dal pediatra/medico di famiglia, che l'alunno/studente può riprendere la frequentazione della scuola senza rischio di contagio Covid-19 per la collettività (da allegare alla presente).

Data: _____

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

Firma dello studente maggiorenne _____