AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

**PER MOTIVI PERSONALI, FAMILIARI E**

**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 alladiffusione diCOVID-19 per la tutela della salute della la 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
* perdita/diminuzione improvvisa dell’olfatto
* 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 a scuola.

Luogo e data Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)