



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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____, resi-
dente a _____ prov. (____) via _____
_____ n° _____ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità
genitoriale) dell'alunno/a _____
nato/a a _____ prov. (____) il _____
frequentante la classe _____, sezione _____ del corso _____
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/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a in classe poiché nel periodo di assenza dalle
lezioni è stato/a valutato/a clinicamente dal PLS/MMG e sono state seguite le indicazioni fornite e
che **NON HA PRESENTATO** i sintomi potenzialmente sospetti per Covid-19 e di seguito riportati:

- febbre (temperatura corporea $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$);
- tosse di recente comparsa e/o mal di gola;
- difficoltà respiratorie;
- congiuntivite;
- cefalea;
- mialgie;
- congestione nasale/rinorrea;
- perdita o diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia, iposmia);
- perdita o diminuzione improvvisa del gusto (ageusia, disgeusia);
- raffreddore;
- sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea).

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, gli esami necessari e le
indicazioni da fornire e da seguire, prima della riammissione al scuola.

Luogo e data:

_____, ____/____/20____

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)
