

## **AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

e residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

frequentante la classe \_\_\_\_\_

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 proprio figlio/a può essere riammesso a scuola, poiché nel periodo di assenza dalla stessa

- **NON HA PRESENTATO SINTOMI sospetti COVID-19, (febbre oltre i 37.5° o altri sintomi: tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali, mal di gola, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, congestione nasale, brividi, perdita o diminuzione dell'olfatto o del gusto, diarrea), oppure che negli ultimi 14 giorni siano entrati in contatto con malati di COVID o con persone in isolamento precauzionale)**
  
- HA PRESENTATO SINTOMI sospetti COVID-19, come sopra elencati;  
*(Barrare la casella interessata)*

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa \_\_\_\_\_ il quale **non ha** ritenuto di sottoporlo a tampone;
- sono state seguite le indicazioni fornite;
- il figlio non presenta più sintomi da almeno 48 ore;
- la temperatura misurata prima del rientro a scuola è inferiore a 37,5 °

\_\_\_\_\_

Firma del genitore  
(o del titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_