

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

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di Genitore o Esercente la responsabilità genitoriale

dello/a studente/ssa della classe.....

- plesso/sezione: Scuola secondaria di I grado "*Leonardo da Vinci*"
 Scuola Primaria "*Severino Ferrari*"
 Sezione "*Maria Montessori*" - "*Severino Ferrari*"
 Scuola Primaria "*Cesare Pavese*"
 Scuola Primaria "*Clotilde Tambroni*"
 Sezione "*Maria Montessori*" - "*Clotilde Tambroni*"
 Scuola dell'Infanzia "*Severino Ferrari*"
 Scuola dell'Infanzia "*Clotilde Tambroni*"

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 può essere riammesso a 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 (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

Nel caso di presenza di questi sintomi, dichiaro di aver contattato il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche, prima della riammissione a scuola, il quale non ha ritenuto necessario avviare un'indagine per COVID-19.

Luogo e data

Il Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale

.....

.....