Al Dirigente Scolastico

# AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI 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 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 (dal

al ) 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

*Inoltre dichiara che ha contattato il medico curante (Dott. ) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.*

Luogo e data Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)