

**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/titolare della responsabilità genitoriale di _____,
nato/a a _____, il _____,

**consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e
consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di
SARS-CoV-2 per la tutela della salute della collettività,**

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a scuola poiché nel periodo di assenza dello/a stesso/a
NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per SARS-Co-V-2 (barrare la/le voci che
interessano):

- 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

Dichiara inoltre che è stato contattato il medico curante e sono state seguite le indicazioni da questi fornite
E che la temperatura misurata primo dell'ingresso a scuola è di °C

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
