

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

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

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

residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_

in qualità di genitore o titolare della responsabilità genitoriale di \_\_\_\_\_

nato/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/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza dello stesso:

(crocettare una delle due opzioni)

- NON HA PRESENTATO i sintomi sottoelencati
- HA PRESENTATO i seguenti sintomi

(crocettare i sintomi presenti durante l'assenza)

- febbre superiore a 37,5 °C
- tosse secca
- dispnea
- congiuntivite bilaterale
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, vomito)
- faringodinia
- cefalea
- dolori osteomuscolari diffusi

- E' stato contattato il pediatra dottor/ssa \_\_\_\_\_

- Sono state seguite le indicazioni fornite dal pediatra.

- Il/la bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore.

- La temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di ..... °C.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_