

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

Il/la sottoscritto/a _____ genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____ frequentante la Scuola _____ classe _____ sezione _____

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 la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio, assente da scuola dal _____ al _____, può essere riammesso a scuola poiché assente per (*barrare la casella*):

MOTIVI DI SALUTE

- ma, nel mattino del rientro a scuola, non presenta temperatura superiore ai 37,5° né l'ha presentata nei tre giorni precedenti (precondizione per il rientro a scuola cfr Verbale CTS n. 82 del 28 maggio 2020);
- non è stato a contatto con persone positive al Covid, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni (precondizione per il rientro a scuola cfr Verbale CTS n. 82 del 28 maggio 2020).

Inoltre, il sottoscritto _____

- ha informato il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG);
- ha seguito le indicazioni fornite dal PLS/MMG stesso;

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI FAMIGLIA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____,
residente in _____ in qualità di genitore (o
titolare della responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____,
nato/a 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 la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio è stato assente per motivi di famiglia e 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

In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante
(Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e
gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
