

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
SCUOLA INFANZIA

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 l'assenza dal _____ al _____ per **MOTIVI NON DOVUTI A MALATTIA**

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

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 AL SERVIZIO/SCUOLA.

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
