**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA**

*(da presentarsi per assenze inferiori a 10 giorni)*

Il/La sottoscritto/a

**\_**

**\_**

**\_** il

**\_** nato/a a

**\_**, e residente a

**\_** in qualità di genitore (o esercente la responsabilità

genitoriale) di

**\_**

**\_**

**\_** il

**\_** , nato/a a

**\_**, **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

*seguito)*

**/ \_/20\_**

al **\_/**

**/20**

dovuta a: *(segnare uno dei motivi riportati di*

 **motivi non dovuti a malattia**

 **motivi di salute NON sospetti per COVID-19**

- che l’alunno/a 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

**N.B.: 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) |
| **\_\_ \_/ /20** |  |