

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

Il/lasottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ in  
qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di  
\_\_\_\_\_ di  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ del plesso di scuola \_\_\_\_\_

**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/a figlio/a può essere riammesso/a al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dal  
..... al ..... lo/a stesso/a 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

e l'assenza è riconducibile a motivi di .....

In caso di presenza dei sintomi sopra elencati, DICHIARA di essere consapevole che 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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_