

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

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 la collettività,

DICHIARA CHE

dopo essere stato/a visto/a dal Pediatra Dottor/Dott.ssa.....ed essere stato sottoposto a TAMPONE RISULTATO NEGATIVO il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso PUR AVENDO PRESENTATO alcuni dei 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

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
