# AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI

**DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a nato/a a e residente a \_ ( ) in Via in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell’alunno nato/a a ( ) il e frequentante la classe della Scuola del plesso di presso l’Istituto Comprensivo di………… ,

## 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 al controllo della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA**

Di aver già provveduto a contattare il Pediatra e che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dalle lezioni

## NON HA PRESENTATO i sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

* **HA PRESENTATO uno o più sintomi sottoindicati (da segnare nell’elenco), ma dietro parere/valutazione clinica del Pediatra di Libera Scelta/ Medico di Medicina Generale dott.**

**può essere riammesso a scuola.**

* + febbre (uguale o superiore a 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 (dolori muscolari)

•il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore

•la temperatura misurata prima dell’avvio a scuola è di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gradi centigradi.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data | Il genitore o il titolare della responsabilità  genitoriale |