

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER**  
**MOTIVI DI SALUTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

e residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_

**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 il proprio figlio/a può essere riammesso a scuola, poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO SINTOMI** potenzialmente sospetti per COVID-19

- Febbre (>37,5° C)
- Tosse
- Difficoltà respiratorie
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Sintomi gastrointestinale (nausea/vomito/diarrea)
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- 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 a scuola.

Gricignano di Aversa \_\_\_\_\_

Firma del genitore

(o del titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_