

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)
