

**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 collettività,**

**DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza (dal \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_) **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

*Inoltre dichiara che ha contattato il medico curante (Dott. \_\_\_\_\_)  
per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.*

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_