

OGGETTO: AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DOVUTA A MOTIVI DI SALUTE
Inferiore a giorni 6 (Scuola primaria e Secondaria I Grado) Inferiore a giorni 4 (Scuola dell'Infanzia)

I sottoscritti

_____ (Madre)

_____ (Padre)

Genitori/Tutori/Affidatario dell'alunna/o

_____ Classe _____ Sez. _____

Scuola dell'Infanzia

Scuola Primaria

Scuola Secondaria di I grado

DICHIARANO

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevoli dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività

che l'alunno/a, assente da scuola dal __/__/20__ al __/__/20__ per complessivi n. __ giorni, può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre superiore a 37,5°C;
- tosse;
- difficoltà respiratoria;
- congiuntivite;
- rinorrea/congestione nasale;
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea);
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- mal di gola;
- cefalea;
- mialgie;
- faringodinia;
- dispnea.

In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il pediatra di famiglia/medici di medicina generale per le valutazioni cliniche e gli esami necessari prima della riammissione a scuola

Firma della Madre _____

Firma del Padre _____

