

I.T.C.G. "GALIANI-DESTERLICH"

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA NON SUPERIORE A 5 GIORNI (*)
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____, e residente in
_____ VIA _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dello studente/ssa
_____, 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, di contrasto alla diffusione del COVID-19 e per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a assente nel/i giorno/i _____
può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza 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

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 al servizio/scuola.

Luogo e data _____

IL GENITORE
(o titolare della responsabilità genitoriale)

(*) PER ASSENZE SUPERIORI A 5 GIORNI E' OBBLIGATORIO IL CERTIFICATO MEDICO
