

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

All.2^{bis}

PER MOTIVI DI SAUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____
nato/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 al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso 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 (in tale caso dovrà essere compilata la parte sottostante).*

Il/la sottoscritto/a _____ in
merito all'assenza del proprio/a figlio/a da scuola, ha contattato telefonicamente il medico
_____ in data _____
alle ore _____ che ha riferito la seguente diagnosi telefonica:

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)
