

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 dalla stessa

- **NON HA PRESENTATO SINTOMI sospetti COVID-19, (febbre oltre i 37.5° o altri sintomi: tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali, mal di gola, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, congestione nasale, brividi, perdita o diminuzione dell'olfatto o del gusto, diarrea), oppure che negli ultimi 14 giorni siano entrati in contatto con malati di COVID o con persone in isolamento precauzionale)**

- HA PRESENTATO SINTOMI sospetti COVID-19, come sopra elencati;
(Barrare la casella interessata)

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa _____ il quale **non ha** ritenuto di sottoporlo a tampone;
- sono state seguite le indicazioni fornite;
- il figlio non presenta più sintomi da almeno 48 ore;
- la temperatura misurata prima del rientro a scuola è inferiore a 37,5 °

Firma del genitore
(o del titolare della responsabilità genitoriale)
