

**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 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.

Luogo e data

I genitore/ La persona esercente responsabilità  
genitoriale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_