

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE E ASSENZA SINTOMI COVID-19 PER  
NUMERO MINORE DI 5 GIORNI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ in qualità di genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_,  
nato 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  
COVID19 per la tutela della salute della collettività,**

**DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché il periodo di assenza dal giorno  
\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ è stato dovuto a

**MOTIVI DI SALUTE**

e che il figlio durante l'assenza **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti  
riconducibili al 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

Si dichiara inoltre che lo stesso non è stato in "**Contumacia Domiciliare**" e nemmeno in Contatto Stretto  
con "**Soggetto dichiarato Positivo al Covid19**"

*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.*

*Si Allega Esito Tampone Rapido*

Lì, \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_ (firma leggibile)