

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "MATTEOTTI-CIRILLO"

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19 O PER ALTRI MOTIVI
ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente _____ in qualità di genitore (o titolare della
responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____ nato/a
il _____, classe _____ sez. _____ plesso _____

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 periodo di assenza dal _____ al _____ del/lla proprio figlio/a è dovuto a motivi FAMILIARI/PERSONALI;

OVVERO

che il periodo di assenza dal _____ al _____ del/lla proprio figlio/a è dovuto a motivi di salute non riconducibili al Covid 19 e di aver contattato il medico di famiglia/pediatra e seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19, come disposto da documenti nazionali e regionali, per cui il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola in quanto il periodo di assenza è dovuto a motivi di salute con sintomi non assimilabili al COVID-19.

DICHIARA INOLTRE

- che nei giorni di assenza l'alunno/a non ha presentato febbre superiore a 37,5° o sintomatologia riferibile a Covid-19 [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];
- che durante l'assenza l'alunno/a non è stato/a in quarantena o isolamento domiciliare e che negli ultimi 14 giorni non è stato/a in contatto con persone positive al Covid-19 per quanto di sua conoscenza.

Luogo Data.....

Firma
