# C:\Users\Nugnes\AppData\Local\Temp\intestazioneistituto.jpg

# AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

## I sottoscritti nato/a a il residente in nato/a a il , e residenti in in qualità di genitori (o titolare della responsabilità genitoriale) di

, nato/a a il ,

***consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevoli dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,***

# DICHIARANO

## che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

**NON HA PRESENTATO** i 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 dei sintomi riconducibili al COVID, 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

Firme **congiunte** dei entrambi i genitori esercenti la patria potestà/tutori/affidatari

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.