



Ministero dell'Istruzione
Istituto Comprensivo Statale "G. Falcone e P. Borsellino"
Via G. Giolitti, 11 – 20022 Castano Primo (MI)
Tel. 0331 880344 - Fax 0331 877311
C.M. MIIC837002 - C.F. 93001830152
e mail: segreteria@icscastano.edu.it - www.icscastano.edu.it



**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER
MOTIVI DI SALUTE
SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

_____ nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____ sezione _____ indirizzo di studio _____

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 dello stesso dal _____ al _____

☐ **NON HA PRESENTATO SINTOMI** rapportabili all'infezione da COVID-19 (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)

☐ **HA PRESENTATO SINTOMI** rapportabili all'infezione da COVID-19

E' stato valutato clinicamente:

☐ dal Pediatra di Libera Scelta (PLS)

☐ dal Medico di Medicina Generale (MMG)

- lo/a alunno/a in data odierna non presenta più sintomi
- la temperatura misurata prima dell'arrivo a scuola è di _____ gradi centigradi.



Sintomatologia compatibile con COVID-19

- | | |
|--|---|
| - febbre ($> 37,5^{\circ} \text{C}$) | - mal di gola |
| - tosse | - congiuntivite |
| - difficoltà respiratorie | - sintomi gastrointestinali
(nausea/vomito, diarrea) |
| - perdita/alterazione del gusto e dell'olfatto | - mal di testa |
| - congestione nasale | - dolori muscolari |
| - raffreddore | - stanchezza |

Luogo e data, _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

Recapito telefonico contattabile _____