

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

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 nel periodo di assenza dal _____ al _____

NON HA PRESENTATO SINTOMI rapportabili all'infezione da COVID-19

(crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)

MOTIVO DELL'ASSENZA : _____

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

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- febbre (> 37,5° C)- tosse- difficoltà respiratorie- perdita/alterazione del gusto e dell'olfatto- congestione nasale- raffreddore | <ul style="list-style-type: none">- mal di gola- congiuntivite- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)- mal di testa- dolori muscolari- stanchezza |
|---|---|

Luogo e data, _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

Recapito telefonico contattabile _____