

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

- | | |
|--|--|
| - 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 _____