

**DICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE**

Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e cognome leggibile)

nato/a a _____ il _____,

e residente in _____

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

(Nome e cognome leggibile)

Frequentante la classe _____ scuola secondaria/primaria di _____

**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 può essere riammesso a scuola poiché

- nel periodo di assenza non ha presentato i seguenti 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 presenza di uno o più sintomi, ha informato il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale).

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
