

**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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_