

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

**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/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso  
NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- Febbre (>37,5° C)
- Tosse
- Difficoltà respiratorie
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Raffreddore
- Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- Perdita/diminuzione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- Perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- Mal di gola
- Cefalea
- Mialgie

(NB: in caso di presenza dei suddetti sintomi il genitore deve contattare il Medico Curante per le  
valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola)

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale):

\_\_\_\_\_