

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE SOSPETTI PER COVID-19
SENZA TAMPONE**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della resp. genitoriale) di _____

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 la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso:

- pur avendo presentato sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 (*es. febbre > 37,5° C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali, perdita/alterazione improvvisa del gusto, perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto, mal di gola, cefalea, mialgie*), il pediatra/medico di famiglia non ha fatto attivare la procedura di test diagnostici;
- non ha più presentato sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 negli ultimi tre giorni;

N.B: il rientro a scuola, prima che siano trascorsi i tre giorni senza sintomi sospetti, può avvenire solo previa attestazione, rilasciata dal pediatra/medico di famiglia, che l'alunno/studente può riprendere la frequentazione della scuola senza rischio di contagio Covid-19 per la collettività (da allegare alla presente).

Data: _____

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____