



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

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il ___/___/_____, residente in _____, Codice Fiscale _____

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome) _____ (nome), nato/a a _____ il ___/___/20____, assente dal ___/___/20____ al ___/___/20____,

DICHIARA

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000

Che il proprio figlio/a ha presentato i seguenti sintomi sospetti per Covid-19: (barrare le caselle di interesse):

- Febbre > 37.5°
- Tosse
- Difficoltà respiratorie
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Sintomi gastrointestinali
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto
- Perdita/Diminuzione improvvisa dell'olfatto
- Mal di gola
- Cefalea
- Mialgie

A seguito dell'insorgenza dei sintomi, di aver contattato il proprio Pediatra di Famiglia/Medico di Medicina Generale, il quale non ha ritenuto necessario sottoporre l'alunno/a al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Che il proprio figlio/a non ha più presentato sintomi potenzialmente sospetti per Covid-19 negli ultimi 3 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).

Chiede pertanto la riammissione presso l'Istituzione Scolastica.

Luogo e Data _____

Firma _____