

**ISTITUTO COMPRENSIVO “L. da Vinci”**  
**Via d’Annunzio, 18 – 34077 Ronchi dei Legionari (GO)**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e residente in  
\_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o  
titolare della responsabilità 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 collettività,**

**DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19: ● febbre (> 37,5° C alla tempia) :

- 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 caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola*

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_