

Modello

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA PER MOTIVIDISALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
(cognome e nome genitore o alunno maggiorenne)

residente in _____
(indirizzo completo di residenza)

☐ in qualità di genitore o titolare della responsabilità genitoriale di

_____ nato/a a _____ il _____
(cognome e nome alunno)

frequentante la classe _____ dell'Istituto di Istruzione Superiore "A. Pacinotti
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 al contenimento
della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

☐ che il proprio figlio può essere riammesso a scuola

☐ di poter essere riammesso a scuola

poiché nel periodo di assenza dal _____ al _____

NON HA PRESENTATO

i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 (*):

- febbre ($> 37^{\circ}\text{C}$)
- 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

Luogo e data

Firma del genitore o titolare della responsabilità genitoriale o dello studente maggiorenne

(*) 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.