

**FAC-SIMILE**  
**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA**  
**PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**  
**PER LA SCUOLA PRIMARIA**

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 la collettività,

**DICHIARA**

- che il proprio figlio/a può essere riammesso/a al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza  
NON HA PRESENTATO febbre (> 37,5°C), CON ALMENTO DUE SINTOMI FRA QUELLI IN ELENCO:
- difficoltà respiratorie
  - congiuntivite
  - 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.*

- che il proprio figlio/a è stato/a assente per motivi familiari.

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_