

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) dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ indirizzo di studio \_\_\_\_\_,  
consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e  
dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione del COVID-19 per la  
tutela della salute della la collettività,

DICHIARA

1) che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola/in servizio poiché nel periodo di assenza  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente  
sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° 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

2) NON HA EFFETTUATO test diagnostici (tampone o test sierologico) in strutture pubbliche o private.

In caso di presenza dei suddetti sintomi, dovrà essere contattato il medico curante (Pediatra di libera  
scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della  
riammissione a scuola.

In caso di effettuazione di test o tampone, dovrà essere allegato alla presente l'esito.

Ovada, \_\_\_\_\_

Firma  
(del genitore titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_