

**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 la collettività,**

**DICHIARA**

(Barrare una o tutte e due le opzioni)

- che il proprio figlio nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:**
- febbre (> 37,5° C)
  - tosse
  - difficoltà respiratorie
  - mal di gola
  - cefalea
  - mialgie
  - congiuntivite
  - rinorrea/congestione nasale
  - sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
  - perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
  - perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- che nel periodo di assenza del proprio figlio ha contattato il medico curante (Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale) il quale ha autorizzato la riammissione a scuola**

**pertanto ne chiede la riammissione a scuola.**

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_