

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA  
PER MOTIVI DI SALUTE**

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 può essere riammesso al servizio Nido/Scuola poiché nel periodo di assenza  
dallo stesso (barrare la casella)

NON HA PRESENTATO i sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

HA PRESENTATO i sintomi potenzialmente sospetti per COVID – 19

- è stato valutato clinicamente dal medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di  
Medicina Generale) il/la dottor/ssa \_\_\_\_\_
- sono state seguite le indicazioni fornite dal medico
- il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore.

I sintomi sospetti per Covid – 19 sopra citati sono i seguenti:

- 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

DATA \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_