

	<b>PROTOCOLLO per la gestione dell'emergenza Covid19</b> <b><u>AUTOCERTIFICAZIONE n 2</u></b>	Cod. COVID 01
		Revisione: 00
		Data: 14/09/2020
		Pagina 1/1

**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 collettività, qualora il proprio figlio/figlia sia assente da scuola fino a 4 giorni, nell'atto stesso della firma della giustificazione attraverso il registro elettronico,**

**DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso 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

Il sottoscritto dichiara inoltre, in caso di presenza di questi sintomi, che si impegna a 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.

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_