

DICHIARAZIONE PERSONALE – AUTOCERTIFICAZIONE
(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)
ASSENZA DA SCUOLA PER MALATTIA NON COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di
dell'alunno/a _____
iscritto/a alla classe _____ della scuola _____ di _____,
sentito il PLS (Pediatra di libera scelta)/MMG (Medico di medicina generale,
**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,**

DICHIARA

che il proprio figlio è stato assente dal giorno _____ al giorno _____,

per motivi di malattia, non ha seguito il protocollo Covid – 19 e che , pertanto, può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza 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

In caso di presenza di questi sintomi, il sottoscritto 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 a scuola.

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
