

**SICUREZZA/DR. DISMA AGGIORNATO AL 04/10/2021**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE SOSPETTI PER COVID-19 SENZA TAMPONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di genitore o tutore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome), nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_,

**DICHIARA**

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 DPR n. 445/2000

Che il proprio figlio/a ha presentato i seguenti sintomi sospetti per Covid-19: (barrare le caselle di interesse):

* + Febbre > 37.5°
	+ Tosse
	+ Difficoltà respiratorie
	+ Congiuntivite
	+ Rinorrea/congestione nasale
	+ Sintomi gastrointestinali
	+ Perdita/alterazione improvvisa del gusto
	+ Perdita/Diminuzione improvvisa dell’olfatto
	+ Mal di gola
	+ Cefalea
	+ Mialgie

A seguito dell’insorgenza dei sintomi, di aver contattato il proprio Pediatra di Famiglia/Medico di Medicina Generale, il quale non ha ritenuto necessario sottoporre l’alunno/a al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid- 19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Che il proprio figlio/a non ha più presentato sintomi potenzialmente sospetti per Covid-19 negli ultimi 3 giorni.

**N.B: Il rientro a scuola, prima che siano trascorsi i tre giorni senza sintomi sospetti, può avvenire solo previa attestazione, rilasciata dal pediatra/medico di famiglia, che l’alunno/studente può riprendere la frequentazione della scuola senza rischio di contagio Covid-19 per la collettività (da allegare alla presente).**

Chiede pertanto la riammissione presso l’Istituzione Scolastica.

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_