**AUTODICHIARAZIONE**

**PER 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

ם genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

, nato/a a il ,

(oppure)

ם in proprio (lavoratore o studente maggiorenne)

**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, in relazione all’assenza dal\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_,**

**DICHIARA**

che il proprio figlio/egli stesso può essere riammesso a scuola/in servizio poiché nel periodo di assenza e nelle 24 ore precedenti a essa 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

**DICHIARA**, inoltre, di aver consultato il Pediatra di libera scelta o il Medico di Medicina Generale.

*In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà 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

L’interessato o il genitore (o titolare della

responsabilità genitoriale)