

Allegato 20

**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 _____ classe _____

**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 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

oppure

avendo presentato (eventualmente anche a scuola) almeno uno dei sintomi sopra elencati, è stato consultato il medico curante il quale non ha richiesto l'effettuazione del tampone .

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
