

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della resp. 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,**

**DICHIARA**

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

- pur avendo presentato sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 (*es. febbre > 37,5° C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali, perdita/alterazione improvvisa del gusto, perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto, mal di gola, cefalea, mialgie*), il sottoscritto ha provveduto a contattare il pediatra/medico di famiglia che non ha fatto attivare la procedura di test diagnostici;
- non ha più presentato sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 negli ultimi tre giorni. Per questo motivo, il sottoscritto dichiara di essersi attenuto a quanto prescritto dal medico di riferimento.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_