

AUTODICHIARAZIONE
ASSENZA SINTOMI 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 _____,

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 figlio durante l'assenza **NON HA PRESENTATO NESSUNO** dei 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

Ricordiamo che in caso di presenza di questi sintomi, il genitore deve:

- *avvisare il pediatra per le valutazioni di pertinenza;*
- *avvisare la scuola di assenza per malattia;*
- *attendere almeno 3 giorni di assenza di sintomi prima di tornare a scuola.*

AREZZO, _____(data)

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
