

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
e

la sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
in qualità di genitori (o titolari della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante la  
classe/sezione \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

**consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevoli dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,**

**DICHIARANO**

ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 che il/la proprio/a figlio/a assente nel/nei giorno/i \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ per motivi (da specificare per esteso) \_\_\_\_\_

può essere ri ammesso/a a 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

Luogo e data

I genitori  
(o titolari della responsabilità genitoriale)

-----

-----

-----

