

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA No-Covid  
DA SCUOLA<sup>1</sup>**

- PER MOTIVI DI SALUTE NON  
SOSPETTI COVID-19**
- NON RICONDUCIBILI A PROBLEMI  
DI SALUTE**

<sup>1</sup>Barrare la casella di interesse

**Il presente modulo deve essere esclusivamente consegnato in formato  
cartaceo al docente della prima ora il giorno stesso del rientro dell'alunno  
in classe**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

sez. \_\_\_\_\_ primaria/infanzia/ secondaria<sup>1</sup> plesso \_\_\_\_\_ assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(totale gg. \_\_\_\_\_)

<sup>1</sup> Cancellare parte di non interesse

**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 a scuola poiché nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO i  
seguenti sintomi potenzialmente sospetti per Covid-19:

- infezione respiratoria acuta;
- febbre superiore a 37.5°C;
- tosse;
- difficoltà respiratoria; sintomi gastrointestinali quali vomito o diarrea o alterazione del gusto e dell'olfatto e/o rash cutaneo o congiuntivite senza un'eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.

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 a scuola.

LUOGO E DATA

IL GENITORE

(o il titolare della responsabilità genitoriale)