



Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Padre     Madre     tutore legale

dell'alunno \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Che l'alunno è stato assente dalle lezioni nei giorni \_\_\_\_\_

Per i seguenti motivi ( *barrare una o più casella di Interesse* )

- partecipazione a gare sportive
- accertamenti diagnostici SARS COV2 che hanno dato esito negativo (*allegare certificato medico*)
- motivi di famiglia **si compila la seguente autodichiarazione**
- motivi di **salute diversi** da SARS COV2 con meno di 5 giorni di assenza **si compila la seguente autodichiarazione**
- motivi di salute per assenze superiori a 5 giorni, Scuola **Primaria e secondaria di 1°**, si allega certificato medico
- motivi di salute per assenze superiori a 3 giorni per la **Scuola dell'Infanzia**, si allega certificato medico

**Il sottoscritto  
DICHIARA che l'alunno/a**

può essere riammesso/a al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dello stesso 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 ; perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto ; mal di gola; cefalea; mialgie .*

*Si ricorda che in caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) oppure il referente sanitario della ASL di riferimento, per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, **prima della riammissione al servizio/scuola.***

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante