

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA E  
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19(\*)  
(fino a 10 giorni per la SCUOLA PRIMARIA)**

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

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno:

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

e frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola PRIMARIA, PLESSO \_\_\_\_\_

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 prevenzione della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza

1. **NON E' RIENTRATO IN ITALIA** negli ultimi 14 giorni da uno Stato Estero o da una zona ad alto rischio contagio;
2. **NON E' STATO A STRETTO CONTATTO** con una persona affetta dal nuovo Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
3. **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

**In caso di presenza di questi sintomi, il genitore DEVE 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.

Mola di Bari, \_\_\_\_\_

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

**(\*) IL PRESENTE MODELLO VA COMPILATO E PRESENTATO ALL'INGRESSO, ALLE INSEGNANTI, IN CARTACEO, ANCHE PER L'ASSENZA DI 1 GIORNO.**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA E  
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19(\*)  
(fino a 3 giorni per la SCUOLA DELL'INFANZIA)**

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

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno:

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

e frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ della Scuola dell'INFANZIA, PLESSO \_\_\_\_\_

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 prevenzione della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché NEL PERIODO DI ASSENZA:

1. **NON E' RIENTRATO IN ITALIA DA UNO STATO ESTERO** o da una zona ad alto rischio contagio;
2. **NON E' STATO A STRETTO CONTATTO CON UNA PERSONA AFFETTA** dal nuovo Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
3. **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

**In caso di presenza di questi sintomi, il genitore DEVE 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.

Mola di Bari, \_\_\_\_\_

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

**(\*) IL PRESENTE MODELLO VA COMPILATO E PRESENTATO ALL'INGRESSO, ALLE INSEGNANTI, IN CARTACEO, ANCHE PER L'ASSENZA DI 1 GIORNO.**