

**All. 1**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

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

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_,

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 collettività,**

**DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dallo 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 (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

*In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Medico di  
Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al  
servizio/scuola.*

*Il genitore dichiara* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_