

ISTITUTO COMPRENSIVO DI ATRI
AUTODICHIARAZIONE

ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19
(ai sensi della legge 15/68, del DPR 403/98 e dell'art.76 del D.P.R. 445/2000)

I sottoscritti

_____ nato a _____ il _____,

e residente in _____

_____ nata a _____ il _____,

e residente in _____

in qualità di genitori (o titolari della responsabilità genitoriale)

dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____, frequentante la classe/sezione _____ plesso di _____

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

DICHIARANO

Che durante l'assenza del/i giorni _____ (non superiore a 3 giorni per la Scuola dell'Infanzia e a giorni 5 per la Scuola Primaria e Secondaria di 1° grado) il proprio figlio NON HA MANIFESTATO sintomi potenzialmente compatibili con COVID-19, così come descritti dal Ministero della Salute, quali:

- 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

Che non è stato in contatto con persone positive o in quarantena.

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

Atri, li _____

FIRMA

I genitori (o titolari della responsabilità genitoriale)

