



## **ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "A. CAFFARO"**

**Scuola dell'infanzia - Scuola primaria e scuola secondaria di primo grado**

Via C. Bollea,3 - 10060 BRICHERASIO (TO) - Tel. 0121-59168

E-mail: [toic84200d@istruzione.it](mailto:toic84200d@istruzione.it) PEC: [toic84200d@pec.istruzione.it](mailto:toic84200d@pec.istruzione.it)

Sito: [www.iccaffarobricherasio.edu.it](http://www.iccaffarobricherasio.edu.it)

C.F. 94544620019 - C.M. TOIC84200D

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
e residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_, nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ della  
scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

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 la collettività,

#### **DICHIARA**

che il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

- NON HA PRESENTATO SINTOMI POTENZIALMENTE SOSPETTI** (febbre > 37,5° C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, congestione nasale, sintomi gastrointestinali, alterazione del gusto e dell'olfatto, mal di gola, cefalea, mialgie).
- HA PRESENTATO SINTOMI** (febbre > 37,5° C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, congestione nasale, sintomi gastrointestinali, alterazione del gusto e dell'olfatto, mal di gola, cefalea, mialgie).

In caso il figlio/a abbia presentato sintomi potenzialmente sospetti.

- ✓ è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa \_\_\_\_\_
- ✓ sono state seguite le indicazioni fornite
- ✓ il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
- ✓ la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di \_\_\_\_\_ gradi centigradi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_