Al Dirigente Scolastico dell’I.C. “Zanotti Bianco”

 di Sibari (CS)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nato/a |  |  |  |  |  |  |  | il |  |  | , e |
| residente in |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| in qualità |  | di | genitore | (o | titolare | della | responsabilità | genitoriale) | di |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | , |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nato/a |  |  |  |  |  |  |  |  | il |  |  | , |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Frequentante la classe del plesso 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 (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)
* HA PRESENTATO

i seguenti sintomi (indicare quali manifestazioni sono presenti):

* 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 il figlio/a abbia presentato i sintomi:

* è stato contattato il pediatra 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

Sibari,

 Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Si allega documento d’identità