

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

E residente in _____

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

_____ nato/a a _____ il _____

DICHIARA

Che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dello stesso

- non ha presentato nessuno dei seguenti sintomi.
- ha presentato i seguenti sintomi:
 - febbre (>37,5°C)
 - tosse
 - difficoltà respiratorie
 - congiuntivite (bruciore agli occhi)
 - rinorrea (naso che cola)/congestione nasale
 - sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea)
 - perdita (ageusia)/alterazione improvvisa del gusto (disgeusia)
 - perdita (anosmia)/diminuzione improvvisa dell'olfatto
 - mal di gola
 - cefalea (mal di testa)
 - mialgie (dolori muscolari)

In caso il/la figlio/a abbia presentato sintomi:

- È stato valutato clinicamente dal pediatra di libera scelta/medico di medicina generale, dott./dott.ssa _____.
- Sono state seguite le indicazioni fornite.
- Il/la bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore.
- La temperatura misurata prima del ritorno a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

