



**ALL. 2 AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA  
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

**Al dirigente scolastico della S.S. I GRADO BOSCO-NETTI**

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

iscritto/a alla classe.....Plesso.....della S.S. I GRADO BOSCO-NETTI  
**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/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza dalla stessa **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 (dolori muscolari)

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

Luogo e data

Il genitore  
 (o titolare della responsabilità genitoriale)