****

 **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “*ADELE ZARA*”**

**Scuole dell’infanzia** - **Scuole primarie** - **Scuole secondarie I grado**

 Via Marmolada, 20 30034 Oriago di Mira (Ve) tel. 041429688 - fax 0415639182

e-mail VEIC86900T@istruzione.it – posta certificata: VEIC86900T@pec.istruzione.it

sito web: www.istitutocomprensivoadelezara.edu.it

Cod. Scuola VEIC86900T \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fisc 90164470271

# MODELLO FORNITO DALL’ULSS3

#  AUTODICHIARAZIONE

# ASSENZA DA SCUOLA

**PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

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 ,

# 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 può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso 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

*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 al servizio/scuola.*

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)