****

**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

# AUTODICHIARAZIONE

# ASSENZA DA SCUOLA

PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

**Da presentare dopo 3 giorni di assenza**

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,( spuntare la voce interessata)

**DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza, NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

* febbre (> 37,5° C)
* sintomi respiratori acuti (tosse e rinite con **difficoltà respiratorie** )
* sintomi gastrointestinali ( con **ripetuti** episodi nausea/vomito, diarrea)
* perdita/alterazione improvvisa del gusto e dell’olfatto (in assenza di raffreddore)
* mal di testa intenso

che il proprio figlio è stato assente per scelta precauzionale dei genitori per sospetto Covid 19 di un congiunto o convivente e successivo tampone negativo di quest’ultimo.

*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)