



**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA  
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19 O PER ALTRI MOTIVI  
Ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000**

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

**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 collettività,**

**DICHIARA**

- che il periodo di assenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ del/la proprio figlio/a è dovuto a motivi \_\_\_\_\_
- di aver contattato il medico di famiglia/pediatra e seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da documenti nazionali e regionali e che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola in quanto il periodo di assenza è dovuto motivi di salute con sintomi **non** assimilabili al COVID-19.
- che nei giorni di assenza l'alunno/a non ha presentato febbre superiore a 37,5° o sintomatologia riferibile a Covid-19 [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 ]
- che durante l'assenza l'alunno/a non è stato/a in quarantena o isolamento domiciliare e che negli ultimi 14 giorni non è stato/a in contatto con persone positive al Covid-19 per quanto di sua conoscenza.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_