

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE**(assenze fino a 3 gg. scuola dell'infanzia – fino a 10 gg. altri ordini di scuola)***(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)*

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
 il _____ e residente in _____, in qualità di genitore (o
 titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____,
 nato/a a _____ il _____, frequentante la classe _____ sezione _____
 della scuola _____ (Infanzia, primaria, secondaria),

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 75 e 76 DPR 445/2000) e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure finalizzate alla prevenzione della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere ammesso a scuola poiché nel periodo di assenza (barrare la casella):

NON HA PRESENTATO SINTOMI SOSPETTI PER COVID-19;

HA PRESENTATO SINTOMI SOSPETTI PER COVID-19⁽²⁾ e di aver informato il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) sullo stato di salute dello stesso/a e, dietro valutazione clinica, ha avuto una diagnosi alternativa, non ritenendolo un caso sospetto COVID-19.

Dichiara inoltre:

- che sono state seguite le indicazioni fornite dal pediatra;
- il bambino/a - ragazzo/a non presenta più sintomi o temperatura superiore a 37.5 °C da almeno tre giorni;
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è al di sotto dei 37.5°C.

Chiaromonte Gulfi, lì _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

(2) SINTOMI PIÙ COMUNI DI COVID-19 (da Rapporto ISS n. 58/2020):

(temperatura corporea superiore a 37,5 °C; tosse, mal di gola, starnuti; raffreddore: naso chiuso, naso che cola; difficoltà respiratoria; cefalea, irrequietezza notturna; sintomi gastrointestinali: nausea, vomito, diarrea; congiuntivite; dolori muscolari; perdita/alterazione del gusto; perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto).