

Cooperativa Sociale
Istituto Principe Vittorio Emanuele
Corso Unione Sovietica 170
10134 Torino
Tel/fax: 011/3187247
E-mail: ist.pve@libero.it

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____,
residente in _____, via _____
in qualità di genitore o titolare della responsabilità genitoriale di _____
_____ nato/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 collettività,**

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza dello stesso:

(crocettare una delle due opzioni):

NON HA PRESENTATO I SINTOMI SOTTOELENCATI

HA PRESENTATO SINTOMI I SEGUENTI SINTOMI DI DURATA SUPERIORE A 3 GIORNI

(crocettare i sintomi presenti durante l'assenza)

- febbre superiore a 37,5 °C
- tosse secca o dispnea
- anosmia e/o ageusia (adulti)
- congiuntivite bilaterale
- astenia severa
- cefalea
- rinorrea/congestione nasale
- disturbi gastrointestinali (diarrea, nausea, vomito)
- dolori osteomuscolari diffusi
- faringodinia
- dispnea.

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)

Dott/sa _____

- Sono state seguite le indicazioni fornite dal pediatra

- Il/la bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore

- La temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di gradi centigradi.

Luogo e Data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
