



# ISTITUTO COMPRENSIVO I - TORTOLÍ

VIA MONS. VIRGILIO, 7 C.A.P. 08048 TORTOLÍ

C.F. 91009650911 - TEL. 0782/623185/628317 - FAX 0782/628051

e-mail [nuic869007@istruzione.it](mailto:nuic869007@istruzione.it) – [NUIC869007@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:NUIC869007@PEC.ISTRUZIONE.IT) - sito [www.ics1tortoli.edu.it](http://www.ics1tortoli.edu.it)

codice univoco fatture UF5I7T

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

e residente in \_\_\_\_\_

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 la collettività,

### DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

NON HA PRESENTATO sintomi che rimandino al COVID-19

HA PRESENTATO I SINTOMI

- Febbre pari o superiore a 37,5C
- Tosse
- Cefalea
- Sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, dissenteria)
- Faringodinia (mal di gola)
- Dispnea
- Mialgie
- Congestione nasale

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/essa: \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_