

**ALLEGATO B - AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI FAMILIARI e/o  
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

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 \_\_\_\_\_, frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola

Infanzia di Cappelle s/T.  Infanzia di Fonte d'Olmo  Infanzia di Via Vestina

Primaria di Cappelle s/T.  Primaria di Saline  Secondaria di 1° grado di Cappelle s/T.

**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 il periodo di assenza è stato dovuto a

**MOTIVI FAMILIARI**  **PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

e che il/la proprio/a figlio/a NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- 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

*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)