

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

MODULO A

Il/la sottoscritto/a _____

Residente a _____

Indirizzo _____

Nato/a il _____ a _____

Genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

Nato/a il _____ a _____

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

dopo essere stato/a visto/a dal Pediatra Dottor/Dott.ssa
..... ed essere stato sottoposto a **TAMPONE RISULTATO
NEGATIVO** il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza
dallo stesso **PUR AVENDO PRESENTATO** alcuni dei sintomi* sottoelencati potenzialmente sospetti per
COVID-19;

dopo essere stato/a visto/a dal Pediatra Dottor/Dott.ssa
..... il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso al
servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **pur avendo** presentato alcuni dei
sottoelencati **sintomi* potenzialmente sospetti per COVID-19**, lo stesso pediatra di famiglia **NON HA
RITENUTO** di sottoporre il/la bambino/a ai Test per SARS-CoV-2;

dopo essere stato/a visto/a dal Pediatra Dottor/Dott.ssa
..... il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso
al servizio /scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO** i sottoelencati sintomi*
potenzialmente sospetti per COVID-19.

E-mail info@scuolamaternamatteazzi.it/cda.ipab.matteazzi@gmail.com

Sito web www.scuolamaternamatteazzi.it

C.F. 80007230248 – P.Iva 01977090248

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE SOSPETTI O NON COVID-19

(* Elenco esemplificativo ma non esaustivo dei sintomi 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

Luogo e Data _____

Firma di entrambi i Genitori (o titolare della responsabilità genitoriale)

E-mail info@scuolamaternamatteazzi.it/cda.ipab.matteazzi@gmail.com

Sito web www.scuolamaternamatteazzi.it

C.F. 80007230248 – P.Iva 01977090248

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE SOSPETTI O NON COVID-19