

**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](mailto:info@scuolamaternamatteazzi.it/cda.ipab.matteazzi@gmail.com)

Sito web [www.scuolamaternamatteazzi.it](http://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](mailto:info@scuolamaternamatteazzi.it/cda.ipab.matteazzi@gmail.com)

Sito web [www.scuolamaternamatteazzi.it](http://www.scuolamaternamatteazzi.it)

**C.F. 80007230248 – P.Iva 01977090248**

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