

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il ____/____/_____
a _____ (prov. _____)

Studente **maggiorenne** dell'Istituto **CESTARI-RIGHI**

presso la **sede** CESTARI RIGHI SANDONÀ

Classe: _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.), sotto la propria responsabilità di esercente la responsabilità genitoriale,

DICHIARA

che è stato/a assente dal _____ al _____

Si dichiara altresì che:

nel/i giorno/i di assenza HA PRESENTATO alcuni dei seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 (barrare la casella corrispondente ai sintomi presentati):

- 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

ha contattato il proprio medico curante in data _____, il quale:

- ne ha autorizzato la riammissione a scuola **SENZA** ulteriori accertamenti, né certificazione
- ha avviato l'iter per le valutazioni cliniche e gli esami necessari (si allega certificazione)

nel/i giorno/i di assenza NON HA PRESENTATO nessuno dei sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 e NON ha pertanto contattato il proprio medico curante.

Luogo e data

Lo studente
