

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

Esercente la responsabilità genitoriale di \_\_\_\_\_

Studente 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 il proprio figlio/a 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

il genitore 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

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_