

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Residente in _____

Indirizzo _____ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____ nato/a a _____

ASSENTE dal Nido Integrato/Scuola dell'Infanzia DAL _____ AL _____

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 minore è stato assente per motivi sanitari compatibili a sintomi sospetti per Covid-19, di aver contattato il Pediatra di Libera Scelta che ha prescritto il tampone e che lo stesso è risultato POSITIVO e di essersi attenuto/a alle sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro in comunità (allegare il Certificato di guarigione del Servizio di Igiene e Sanità pubblica)
- che il minore è stato assente per motivi sanitari compatibili a sintomi sospetti per Covid-19, di aver contattato il Pediatra di Libera Scelta che ha prescritto il tampone e che lo stesso è risultato NEGATIVO e di essersi attenuto/a alle sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro in comunità (allegare Attestazione del medico o Referto di esito negativo del test)
- che il minore è stato assente per motivi sanitari compatibili a sintomi sospetti per Covid-19, di aver contattato il Pediatra di Libera Scelta che NON ha prescritto il tampone e di essersi attenuto/a alle sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro in comunità
- che il minore è stato assente per motivi sanitari non compatibili a sintomi sospetti per Covid-19, di aver contattato il Pediatra di Libera Scelta per le valutazioni cliniche e gli esami necessari e di essersi attenuto/a alle sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro in comunità
- che il minore è stato assente per motivi non sanitari

Pertanto il bambino può frequentare il Nido Integrato/Scuola dell'Infanzia a partire dalla data odierna.

FIRMA _____

Data _____

Sintomi sospetti per COVID-19: febbre $\geq 37,5^\circ$, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), perdita/alterazione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia), mal di gola, cefalea, mialgie