

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Indirizzo _____

_____ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

_____ Sezione _____

nato/a _____ Il _____

ASSENTE 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 esito negativo del test molecolare o antigenico al termine dell'isolamento)

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 esito negativo del test molecolare o antigenico effettuato)

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/a può frequentare a partire dalla data odierna.

FIRMA _____

DATA _____

Sintomatologia compatibile con COVID-19, quale, a titolo esemplificativo: febbre $\geq 37,5^\circ$, sintomi respiratori acuti come tosse e raffreddore con difficoltà respiratoria, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), perdita del gusto, perdita dell'olfatto, cefalea intensa