



**AUTODICHIARAZIONE PER ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

Alla Coordinatrice dell'Istituto Lucia Noiret – Roma

Scuola dell'Infanzia

Scuola Primaria

Io sottoscritto/a

nato/a a il

e residente a via

in qualità di genitore e titolare della responsabilità genitoriale di
.....

nato/a a il

**Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di
dichiarazioni mendaci e consapevole dell'importanza delle misure di pre-
venzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute
della collettività**

DICHIARO

che mio/a figlio/a **può essere riammesso/a** a scuola poiché, nel periodo di assenza
dello/a stesso/a, **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi, per COVID-19:

- **Febbre (>37,5° C)**
- **Tosse**
- **Difficoltà respiratorie**
- **Congiuntivite**
- **Rinorrea/congestione nasale**
- **Sintomi gastrointestinali (nausea, vomito e diarrea)**
- **Perdita/alterazione del gusto (ageusia/disgeusia)**
- **Perdita /alterazione dell'olfatto (anosmia /iposmia)**
- **Mal di gola**
- **Cefalea**
- **Mialgie**

In fede.

Roma,

Firma:

RICORDA: In caso dei sintomi sopra scritti, il Genitore dovrà contattare il medico Curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a Scuola.