

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

Alla Coordinatrice Didattica della
scuola dell'Infanzia
Asilo Infantile di Follina

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

qualità di genitore (o 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 del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio è stato assente da scuola nei giorni _____ non per motivi di salute e può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:** febbre ($> 37,5^{\circ}C$), 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.

Luogo e data, _____

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
