

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO/A  
IN CASO DI ASSENZA DOVUTA A MALATTIA CON SINTOMI NON  
RICONDUCIBILI A COVID 19**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

e residente in \_\_\_\_\_,

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ del Plesso \_\_\_\_\_,

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 la collettività,

**DICHIARA**

- che: l'assenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ E' DOVUTA A MALATTIA NON RICONDUCIBILE A COVID 19;
- che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:
  - 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

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

