



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "Padre Mario Pozza"
Via Sette Comuni n. 18 - 36046 LUSIANA CONCO (Vicenza)
e-mail: viic84400r@istruzione.it - viic84400r@pec.istruzione.it
tel. 0424/406007 - fax. 0424/406010 C.F. 84006310241

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON
RICONDUCIBILI A COVID -19 O QUARANTENA**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a _____ il _____
classe _____ plesso / sede _____

consapevole di tutte le conseguenze civile e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza delle misure di prevenzione finalizzate al contrasto della diffusione del COVID – 19,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di aver consultato il proprio medico curante/pediatra nel caso il proprio figlio/a sia stato assente da scuola per una delle seguenti motivazioni:

- PRESENZA dei seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:
- Febbre ($> 37,5^{\circ}$)
 - Tosse
 - Difficoltà respiratorie
 - Congiuntivite
 - Rinorrea / congestione
 - Sintomi gastrointestinali (nausea / vomito / diarrea)
 - Perdita / alterazione improvvisa del gusto (ageusia / disgeusia)
 - Perdita / diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia / iposmia)
 - Mal di gola
 - Cefalea
 - Mialgie
- altri sintomi influenzali NON RICONDUCIBILI al COVID-19;
- QUARANTENA per contatto con persone positive a COVID-19 (*in questo caso è necessario anche esito tampone come previsto da normativa ministeriale*)

Data _____

Firma _____
