

DICHIARAZIONE MOTIVI DI ASSENZA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
e residente in _____
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 COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché l'assenza è dovuta a:

- 1- Motivi di famiglia;
- 2- Motivi di salute **non legati** alla presenza di sintomatologia riconducibile al Covid-19, ossia febbre superiore a 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 *;
- 3- Vaccinazione.

Nel caso in cui l'assenza sia dovuta a motivi di cui al punto 2, il/la sottoscritto/a dichiara altresì che:

- è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG);
- NON è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG).

**In caso di presenza di questi sintomi, 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 al servizio/scuola.*

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
