



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. GIARDINO"  
SCUOLA PRIMARIA e SECONDARIA di 1° grado  
Via Pio X, 2 – 36065 MUSSOLENTE (VI)  
Tel. 0424/577.052 - Fax. 0424/577.466  
E-mail segreteria: [viic80700t@istruzione.gov.it](mailto:viic80700t@istruzione.gov.it)  
E-mail certificata: [viic80700t@pec.istruzione.gov.it](mailto:viic80700t@pec.istruzione.gov.it)  
Sito della scuola: [www.icmussolente.it](http://www.icmussolente.it)  
C.M. VIIC80700T C.F. 82003190244 CU UFA1KK



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

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 al servizio/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

*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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_