



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.it](mailto:viic80700t@istruzione.it) - [posta@icmussolente.it](mailto:posta@icmussolente.it)  
E-mail certificata: [viic80700t@pec.istruzione.it](mailto:viic80700t@pec.istruzione.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 \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ in qualità di  
genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_, nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante attualmente la classe .....  
sezione ..... della Scuola

- PRIMARIA MUSSOLENTE
- PRIMARIA CASONI
- SECONDARIA DI 1° GRADO MUSSOLENTE

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 collettività,

### DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso 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
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto
- 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 a scuola.

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

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_