

Al D.S.

**Scuola Secondaria di primo grado Alighieri –Tanzi
Mola di Bari**

**AUTOCERTIFICAZIONE
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 _____ il ___/___/_____, frequentante la classe _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,(art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) 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
(segnare una delle due opzioni)**

- che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso dal ___/___/_____ al ___/___/_____ **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

- che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo dallo stesso dal ___/___/_____ al ___/___/_____ **HA PRESENTATO** alcuni dei sintomi sopra indicati ed è stato contattato il Pediatra/Medico di Medicina Generale _____ il quale non ha ritenuto necessario sottoporre lo studente al percorso diagnostico e di prevenzione per Covid-19.

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
