



ISTITUTO COMPRENSIVO DI MONTEFORTE
SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA 1° GRADO
Via Novella, 4 – 37032 MONTEFORTE D'ALPONE (VR)
Tel. 045/7610915 - www.istruzioneemonteforte.edu.it

C.F.: 92011580237 - e-mail: VRIC844005@ISTRUZIONE.IT
VRIC844005@PEC.ISTRUZIONE.IT

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

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

_____ ,
frequentante la classe ____ sez. ____ della scuola _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,
consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione contro la diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

-che il/la figlio/a è rimasto/a assente da scuola dal giorno _____ al giorno _____

per il seguente motivo _____

In caso di assenza per motivi di salute dichiara (barrare la condizione che interessa):

[] - che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino ed ha valutato che il caso non rientra nel percorso Covid-19; conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica;

[] - che il pediatra/medico di medicina generale non è stato informato, ma che il/la figlio/a può essere riammesso/a al servizio scolastico poiché nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO sintomi riconducibili ad un percorso Covid-19.

Monteforte d'Alpone, lì _____

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)

P.S. Si consiglia, in caso di persistenza dei seguenti sintomi: febbre uguale o superiore ai 37,5°, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), perdita/alterazione improvvisa del gusto, perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto, mal di gola, cefalea, mialgie, **di contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari.**