**AUTODICHIARAZIONE PER**

 **GIUSTIFICA ASSENZA DA SCUOLA**

**Per motivi di famiglia**

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 ,

frequentante la classe/sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della scuola dell’infanzia/primaria/secondaria di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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**

1. **che il suddetto figlio/a è stato assente dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **che il/la proprio/a figlio/a 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)*

1. **di non avere né avere avuto nei precedenti giorni febbre superiore a 37,5 °C o altri sintomi da infezione respiratoria e di non essere stato in contatto negli ultimi giorni con persone con tali sintomi.**

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)