

DICHIARAZIONE MOTIVO ASSENZA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
a _____ e residente in _____ in qualità
di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____
nato/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 tutela della salute della collettività.**

DICHIARA

Che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché l'assenza è dovuta a

- Motivi di famiglia (specificare) _____
- Motivi di salute non legati alla presenza di sintomatologia riconducibile al Covid-19, ossia febbre superiore a 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*.
- Vaccinazione

Nel caso in cui l'assenza sia dovuta a motivi di cui al punto 2, il/la sottoscritt0/a dichiara altresì che:

- È stato contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG)
- NON è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG)

**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)
