



Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO COMPRENSIVO "LATTE DOLCE – AGRO"

COD. MECC. SSIC83800B – COD. FISC. 92123330901

Via Cedrino n. 5, 07100 Sassari – Tel. 079/2845460 Email: SSIC83800B@istruzione.it



**DICHIARAZIONE PERSONALE – AUTOCERTIFICAZIONE
(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)
ASSENZA DA SCUOLA PER MALATTIA NON COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, e residente in
_____ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità
genitoriale) dell'alunno/a _____ iscritto/a alla classe
_____ della scuola _____ di _____,
sentito il PLS (Pediatra di libera scelta) / MMG (Medico di medicina generale, il
dott./dott.ssa _____

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 è stato assente dal giorno _____ al giorno _____, per motivi di malattia, non ha seguito il protocollo Covid – 19 e che, pertanto,

CHIEDE

che sia riammesso a scuola poiché

NON PRESENTA

nessuno dei 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 sottoscritto si impegna a 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)
