

DICHIARAZIONE MOTIVI DI ASSENZA

Il/la sottoscritto/a _____
e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di
_____, nato/a a _____ il _____,
frequentante la classe _____

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/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola poiché l'assenza è

dovuta a:

1- Motivi di famiglia;

2- 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 *;

2 bis - Motivi legati alla **quarantena fiduciaria** di 5 giorni per essere stato contatto stretto con un caso positivo, senza presentare in questo periodo 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

3- Vaccinazione.

Nel caso in cui l'assenza sia dovuta a motivi di cui al punto 2, il/la sottoscritto/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)