

**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)