

## DICHIARAZIONE MOTIVI DI ASSENZA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

e residente in \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

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 e del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,**

### DICHIARA

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

- Motivi di famiglia;
- 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 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 a servizio/scuola.

Luogo e Data

Il Genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_