



**ISTITUTO COMPRENSIVO “G. Galilei”**  
**Via Umberto, 8/B - 95035 Maletto (CT) - tel: 0957720005**  
**C.F: 93032380870 - Cod. meccanografico CTIC81200G**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA DELL’ALUNNO/A PER MOTIVI DI SALUTE  
NON SOSPETTI PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_ dell’IC “G. Galilei” di Maletto 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 può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO** i 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 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.

Maletto, \_\_\_\_\_

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_