
	<p>SCUOLA PRIMARIA E INFANZIA SANT'ANNA</p> <p>Via della Consolata, 20 - 10122 TORINO</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA (allegato 4 alle Linee di indirizzo per la riapertura delle scuola in Piemonte del 9/9/2020).

PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____

E residente in _____

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

_____ classe _____ nato/a _____ il _____

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 proprio figlio/a può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza nei giorni dal



_____ al _____

NON HA PRESENTATO (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)

HA PRESENTATO

I seguenti sintomi (indicare quali manifestazioni sono presenti):

- febbre (maggiore di 37,5°)
- 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

	<p>SCUOLA PRIMARIA E INFANZIA SANT'ANNA</p> <hr/> <p>Via della Consolata, 20 - 10122 TORINO</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) Dottor/ssa

-
- sono state seguite le indicazioni fornite
 - il ragazzo/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
 - la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____