



## FONDAZIONE SCUOLA MATERNA "DOTT. GIOVANNI DOLCETTA"

Scuola dell'Infanzia non statale paritaria – cod. min. VI1A087005

con annesso il NIDO INTEGRATO "DOTT. MARIO DOLCETTA"

Via Lorenzoni n. 4 – 36075 Montecchio Maggiore (VI)

C.F. e P.IVA: 00538100249 Tel.: 0444/696189 – Fax: 0444/497144

### **AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE/PERSONALI NON SOSPETTI COVID-19**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_,  
in qualità di genitore (o titolare della  
responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_  
nato/a 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 la 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_