**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI FELTRE**

**Viale A. Fusinato, 14 - 32032 FELTRE (Belluno)**

Scuole dell’Infanzia di Anzù- Mugnai – Pasquer – Tomo – Vellai - Vignui

Scuole Primarie di Feltre – Farra – Foen – Mugnai

Scuola Secondaria di 1° grado di Feltre

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

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e 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)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_