

**COVID-19 NEDENİNDEN DOLAYI OLMAYAN SAĞLIK  
NEDENLERİ İÇİN OKULDAN DEVAMSIZLIĞIN BEYANNAMESİ**

Il/la sottoscritto/a-*Aşağıda imzası olan* \_\_\_\_\_  
nato/a a-*doğdu yer* \_\_\_\_\_ *il-gün* \_\_\_\_\_,  
e residente a-*ve ikamet yeri* \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di-*aşadaki*  
*çocuğun ebeveyni (veya ebeveyn sorumluluğu sahibi) olarak* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato/a a-*doğdu yer* \_\_\_\_\_  
*il-gün* \_\_\_\_\_, frequentante la classe-*gittiği sınıf* \_\_\_\_\_  
della scuola-*gittiği okul* \_\_\_\_\_

**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,**

***yanlış beyanların ortaya çıkması durumunda ortaya çıkan tüm hukuki ve cezai sonuçların farkında olan ve toplum sağlığının korunması için COVID-19'u yaymayı amaçlayan önleyici tedbirlere uymanın önemini bilincinde olarak,***

**DICHIARA**

**BEYAN EDER**

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

*ki kendi çocuğunun yokluk döneminde potansiyel olarak COVID-19'dan şüphelenilen aşağıdaki semptomları sahip olmadığı için servise / okula yeniden kabul edilebilir:*

- ateş (> 37,5 ° C)
- öksürük
- solunum güçlüğü
- konjunktivit
- burun akıntısı / burun tıkanıklığı

- *gastrointestinal semptomlar (bulantı / kusma, ishal)*
- *ani tat kaybı / değişiklik (yaşlanma / disguzi)*
- *ani koku kaybı / azalması (anozmi / hiposmi)*
- *boğaz ağrısı*
- *baş ağrısı*
- *miyalji*

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.

*Bu semptomların ortaya çıkması durumunda, ebeveyn, servise / okula yeniden kabul edilmeden önce klinik değerlendirmeler ve gerekli muayeneler için ilgili hekimle (Serbest Seçimli Çocuk Doktoru veya Pratisyen Hekim) iletişime geçmelidir.*

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Luogo e data-*Yer ve tarih*

*Ebeveyn*  
(veya ebeveyn sorumluluğu sahibi)

---

---