

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

*SELF-DECLARATION OF ABSENCE FROM SCHOOL
FOR UNSUSPECTED HEALTH REASONS FOR COVID-19*

Il/la sottoscritto/a - *The undersigned (full name)* _____

Nato/ a - *born in (place of birth)* _____ (____) il - *on (date of birth)* _____,

e residente in – *resident in* _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di - *as a parent (or legal guardian or holder of*

parental responsibility) of _____ nato/ a - *born in (place of*

birth) _____ (____) il - *on (date of birth)* _____, frequentante la

classe - *attend class* _____ della scuola - *of school* _____

**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,**

*aware of all the civil and criminal consequences involved making false statements, and aware of the
importance of compliance with preventive measures aimed at the dissemination of COVID-19 for the
protection of public health,*

**DICHIARA
DECLARES**

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:

*that my child can be readmitted to the service / school, since in the period of absence from the same
HAS NOT PRESENTED the following suspected potential symptoms for COVID-19:*

- febbre (> 37,5° C) - *fever (> 37,5° C)*
- tosse - *cough*
- difficoltà respiratorie - *respiratory distress*
- congiuntivite - *conjunctivitis*
- rinorrea/congestione nasale - *rhinorrhoea/stuffy nose*
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea) - *gastrointestinal symptoms (nauseous/vomit/diarrhea)*

- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia) - *sudden loss /change in taste (ageusia / dysgeusia)*
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia) - *sudden loss /decrease in smell (anosmia / hyposmia)*
- mal di gola - *sore throat*
- cefalea - *headache*
- mialgie - *myalgia*

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.

In case of these symptoms, the parent must contact the family doctor (Pediatricians or General Medicine Doctor) for clinical evaluations and necessary examinations, before readmission to the service/ school.

Luogo e data
Place and date

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
parent (or legal guardian)
