



FONDAZIONE ASILO MONUMENTO AI CADUTI GUARDA VENETA

Via Giacomo Matteotti 122 - 45030 Guarda Veneta (RO)
C.F. 80002150292 - P.I. 01592800294 - Tel. 392 9560943
asiloguardaveneta@gmail.com - asiloguardaveneta@pec.it
www.asiloguardaveneta.it



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

I sottoscritti _____ e _____
genitori o tutori di _____
nato/a a _____ il _____
e residente in _____

consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevoli dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività

DICHIARANO

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°)
- 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, i genitori dovranno contattare il medico curante (Pediatra do Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione servizio/scuola.

Data _____

Firma _____

Firma _____