

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI NON COMPATIBILI CON COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____
_____, nato/a _____ il _____,
frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____

ai sensi di quanto previsto dall'art. 5.5 dell'Allegato A alla Delibera della Giunta Regionale Toscana n.1256 del 15-09-2020,

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 durante l'assenza dei giorni _____ (non superiore a giorni 3 per la Scuola dell'Infanzia e a giorni 5 per la Scuola Primaria e Secondaria) non si sono manifestati sintomi potenzialmente compatibili con COVID-19 così come descritti dal Ministero della Salute quali:

- **febbre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ e brividi**
- **tosse di recente comparsa**
- **difficoltà respiratorie**
- **perdita improvvisa dell'olfatto, diminuzione dell'olfatto, perdita del gusto o alterazione del gusto**
- **raffreddore o naso che cola**
- **mal di gola**
- **diarrea**

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) _____