

Scuola Materna S. Anna

21052 BUSTO ARSIZIO - PIAZZA TRENTO E TRIESTE 7
TELEFONO 0331 632872 FAX 0331328272 – e-mail: santannabusto@virgilio.it

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore di _____

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 al contrasto della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a alla frequenza **alla Sezione Primavera** poiché nel periodo di assenza

o **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

o **HA PRESENTATO** i sintomi di cui sopra ed è stato contattato il medico (Pediatra di Libera

Scelta o Medico di Medicina Generale) Dr/Dr.ssa _____ per le valutazioni cliniche e gli esami necessari per la riammissione a Scuola, che è stata autorizzata

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

Data _____

Ricevuta da _____