

Fondazione Scuola dell'Infanzia "Don Domenico Giarolo"

Via VIII Aprile, 40 - 36054 MONTEBELLO VICENTINO

Telefono e Fax 0444.649.003

E-mail: infanzia.giarolo@gmail.com www.scuolagiarolo.it

Pec: infanzia.giarolo@pec.it

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

Il/la sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____,

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a a _____ il _____,

ASSENTE DAL _____ AL _____

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 il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo
stesso (barrare la casella)

NON HA PRESENTATO i sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

HA PRESENTATO i sintomi potenzialmente sospetti per COVID – 19, e sentito il medico
curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e
gli esami necessari, lo stesso medico ha ritenuto di non avviare nessuna procedura COVID ed
acconsentito al rientro a Scuola del bambino.

I sintomi sospetti sopra citati sono i seguenti:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse

Fondazione Scuola dell'Infanzia "Don Domenico Giarolo"

Via VIII Aprile, 40 - 36054 MONTEBELLO VICENTINO

Telefono e Fax 0444.649.003

E-mail: infanzia.giarolo@gmail.com www.scuolagiarolo.it

Pec: infanzia.giarolo@pec.it

- 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

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)
