

# 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](mailto:infanzia.giarolo@gmail.com) [www.scuolagiarolo.it](http://www.scuolagiarolo.it)

Pec: [infanzia.giarolo@pec.it](mailto: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 \_\_\_\_\_,

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,

### DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché **il genitore**, nel periodo di assenza dallo stesso:

HA PRESENTATO i sintomi potenzialmente sospetti per COVID – 19, e sentito il medico curante (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.
- Lo stesso medico ha ritenuto di avviare la procedura COVID al genitore, ed ha acconsentito alla frequenza scolastica del bambino.

I sintomi sospetti sopra citati sono i seguenti:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite

# 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](mailto:infanzia.giarolo@gmail.com) [www.scuolagiarolo.it](http://www.scuolagiarolo.it)

Pec: [infanzia.giarolo@pec.it](mailto:infanzia.giarolo@pec.it)

- 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)

---