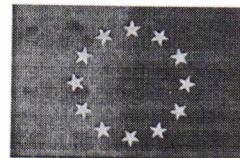




Ministero dell'Istruzione  
dell'Università e Ricerca



DIREZIONE DIDATTICA STATALE "MARIA SANSEVERINO" 2° CIRCOLO  
Via A Ciccone n°18, 80035 Nola (NA) - cod. fiscale 92019730636 Tel. Fax. 081 8234612  
[www.cdnolasanseverino.it](http://www.cdnolasanseverino.it) [NAEE15300C@istruzione.it](mailto:NAEE15300C@istruzione.it) [NAEE15300C@pec.istruzione.it](mailto:NAEE15300C@pec.istruzione.it)

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

Al dirigente scolastico

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 \_\_\_\_\_

iscritto alla classe..... della DIREZIONE DIDATTICA STATALE "MARIA SANSEVERINO" 2° CIRCOLO

**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 a scuola poiché nel periodo di assenza dalla stessa 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 (dolori muscolari)

*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 a scuola.*

Luogo e data

---

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

---