

**AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE DOPO L'ALLONTANAMENTO  
DA SCUOLA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di  
\_\_\_\_\_

Allontanato dall'asilo nido/sezione primavera/scuola dell'infanzia in data \_\_\_\_\_

**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,**

DICHIARO

di aver contattato il Medico curante e di essermi attenuto/a alle sue indicazioni per quanto riguarda  
la terapia ed il rientro in comunità.

Pertanto il bambino può frequentare l'asilo nido/scuola dell'infanzia a partire dalla data odierna.

FIRMA

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA NON PER MOTIVI DI SALUTE**

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 nel  
periodo di assenza dallo stesso 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

*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)

\_\_\_\_\_