



ISTITUTO COMPRENSIVO "G. GALILEI"

Via C. Beccaria, 8 – Tel. e Fax n. 080/4897423



e-mail: bric80600r@istruzione.it - bric80600r@pec.istruzione.it



72015 – FASANO (BR)

(Scuola Secondaria 1° Grado "G. Galilei" Pezze di Greco - Scuola Secondaria 1° Grado "G. Fortunato" Montalbano
Scuola Primaria "Don Milani" Montalbano- "Giovanni Paolo II" e "M. Teresa di Calcutta" Pezze di Greco- "D.
Guanella" – PozzoFaceto Scuola Infanzia "Gianni Rodari" Montalbano "H.C. Andersen" e Via Eroi dello Spazio"
– Pezze di Greco- "W. Disney" – Pozzo Faceto)

Mecc. BRIC80600R

Codice Fiscale: 81003430741

ALLEGATO 3 - AUTODICHIARAZIONE

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

(per tutti gli ordini di scuola, da compilare anche solo per 1 giorno di assenza e consegnare al docente della prima ora)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____, e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____ nato/a a

_____ il _____, iscritto e frequentante nell'a. s. 2020/2021 la

classe/sez. ____/____ di scuola

- | | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infanzia | <input type="checkbox"/> Andersen | <input type="checkbox"/> Eroi dello Spazio | <input type="checkbox"/> G. Rodari | <input type="checkbox"/> Walt Disney |
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> M. T. Calcutta | <input type="checkbox"/> G. Paolo II | <input type="checkbox"/> Don Guanella | <input type="checkbox"/> Don Milani |
| <input type="checkbox"/> Sec. 1° grado G. Galilei | <input type="checkbox"/> Sec. 1° grado G. Fortunato | | | |

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/dispnea
- faringodinia (dolore localizzato nella faringe)
- 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 (dolore localizzato in uno o in più muscoli)

(Si ricorda che 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)

Fasano, _____

Firma del dichiarante
