

**ALLEGATO A**

**AI DIRIGENTE  
SCOLASTICO**

**OGGETTO: GIUSTIFICAZIONE ASSENZA DOVUTA A MOTIVI DI SALUTE**  
*Inferiore a giorni 6 (Scuola primaria) Inferiore a giorni 4 (Scuola dell'Infanzia)*

I sottoscritti

\_\_\_\_\_ (Madre)

\_\_\_\_\_ (Padre)

Genitori/Tutori/Affidatario dell'alunna/o

\_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

- Scuola dell'Infanzia       Scuola Primaria

**DICHIARA**

**NO**

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevoli dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

che l'alunno/a, assente da scuola dal \_\_ / \_\_ / 20\_\_ al \_\_ / \_\_ / 20\_\_ per complessivi n. \_\_ giorni, può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza **NON HA**

**PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre superiore a 37,5°C;
- tosse;
- difficoltà respiratoria;
- congiuntivite;
- rinorrea/congestione nasale;
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea);
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- mal di gola;
- cefalea;
- mialgie;
- faringodinia;
- dispnea.

**Sono consapevole che in caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il pediatra di famiglia/medici di medicina generale per le valutazioni cliniche e gli esami necessari prima della riammissione a scuola**

Firma della Madre \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_