



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE PIEDIMONTE SAN GERMANO
SCUOLA INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI 1°GRADO

VIA MILAZZO, 21– 03030 PIEDIMONTE SAN GERMANO (FR) Tel. 0776404441 - Fax
0776404381 - C.M. FRIC82500D- C.F. 81002850600 PEO:fric82500d@istruzione.it - PEC:
fric82500d@pec.istruzione.it - SITO WEB: www.icpiedimontesangermano.it

Prot. n. (vedi segnature)

Comunicazione n. 21

AI GENITORI DELL'ISTITUTO
AI DOCENTI DELL'ISTITUTO
AL DSGA
AL SITO WEB

Oggetto: Covid-19: certificazioni mediche per assenza scolastica AUTODICHIARAZIONE.

Ad integrazione della comunicazione n. 16 del 17/09/2020 prot n. 7605 si allega autodichiarazione assenza da scuola per motivi non riconducibili al COVID- 19.

SI ALLEGA: AUTODICHIARAZIONE (presente nel sito, sezione: MODULISTICA)

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Marianna Stefania

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI NO COVID-19

IL sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____

La sottoscritta _____

nato/a a _____ il _____

e residenti in _____

alunno _____

nato a _____ il _____

consapevoli 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,

DICHIARANO

➤ **ASSENZA NO COVID 19**

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 ($> 37,5^{\circ}\text{C}$)
- 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.

➤ **ASSENZA PER MOTIVI PERSONALI NON RICONDUCIBILI AL COVID 19**



DAL _____ AL _____

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)