

[**Ministero dell'Istruzione**](http://www.pubblica.istruzione.it/)

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “IQBAL MASIH”**

**VIA B. MILESI, 4 – 20152 MILANO - Tel. 02/88440430 – Fax. 02/88440432**

**C.M. - MIIC8D000T – C.F. - 97505860151**

**e-mail:** [**miic8d000t@istruzione.it**](mailto:miic8d000t@istruzione.it) **Posta Certificata:** [**miic8d000t@pec.istruzione.it**](mailto:miic8d000t@pec.istruzione.it)

# AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a nato/a a e residente a \_ ( ) in Via in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell’alunno nato/a a ( ) il e frequentante la classe della Scuola □ PRIMARIA / □ SECONDARIA di I GRADO del plesso di □ FORZE ARMATE; □ VITERBO;

□ VALDAGNO; □ MASIH, presso l’Istituto Comprensivo Iqbal Masih.

## 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 al controllo della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dalle lezioni

## NON HA PRESENTATO i sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

* + febbre (uguale o superiore a 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)

## PUR AVENDO PRESENTATO alcuni sintomi potenzialmente legati a COVID-19, questi sono stati monitorati anche con la consulenza del medico curante *(Pediatra di Libera Scelta o Medicina Generale),* per cui si escludono complicanze riferibili al COVID-19

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data | Il genitore  (o il titolare della responsabilità genitoriale) |