



**Istituto Comprensivo Mosciano-Bellante – 64023 Mosciano S. Angelo (TE)**

Via Palmiro Togliatti, s.n.c. - cod. fisc. n. 91019940674 – cod. min. TEIC825007 – e-mail [TEIC825007@ISTRUZIONE.IT](mailto:TEIC825007@ISTRUZIONE.IT) – tel. 085/80631283

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. Mosciano-Bellante  
di Mosciano S. Angelo (TE)

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

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/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a 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 .

N.B. 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) oppure il referente sanitario  
della ASL di appartenenza, per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della  
riammissione al servizio/scuola.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_