

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DELL'ALUNNO IN CASO DI  
MANCATA DECISIONE DEL PEDIATRA DI SOTTOPORRE LO STESSO A TEST DIAGNOSTICO IN  
SEGUITO A SINTOMATOLOGIA DA COVID-19**

**Valido solo per assenze non superiori a 3 giorni (scuola infanzia)  
o 5 giorni (scuola primaria/secondaria)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/  
a \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ della  
scuola \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità civile e penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'Art. 46 del DPR. N.445/2000,

- 1) di aver prelevato il proprio figlio da scuola, in data \_\_\_\_\_, in seguito a chiamata telefonica di un operatore scolastico, in quanto presentava una sintomatologia da Covid-19 come definita nel rapporto dell'ISS n. 58 del 21/08/2020 – **temperatura corporea oltre i 37.5° (anche nei tre giorni precedenti) e/o sintomi simil-influenzali** (febbre, brividi, tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali, faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/congestione nasale, difficoltà respiratorie, perdita improvvisa dell'olfatto o diminuzione dell'olfatto, perdita del gusto o alterazione del gusto, rinorrea/congestione nasale, faringodinia, diarrea). **Se l'alunno presenta tale sintomatologia all'interno della propria abitazione (l'alunno non si trovava a scuola), NON compilare il punto 1;**
- 2) di aver contattato, in seguito a sintomatologia dell'alunno di cui al punto 1, il pediatra Dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ il quale, in seguito a visita / triage telefonico dell'alunno, ha escluso la necessità di sottoporre lo stesso al test diagnostico (tampone);
- 3) di essere consapevole che, **in qualità di esercente la responsabilità genitoriale, si è tenuti a verificare, prima di condurre l'alunno a scuola, che lo stesso non abbia una temperatura corporea oltre i 37.5° (anche nei tre giorni precedenti) e/o sintomi simil-influenzali** (febbre, brividi, tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali, faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/congestione nasale, difficoltà respiratorie, perdita improvvisa dell'olfatto o diminuzione dell'olfatto, perdita del gusto o alterazione del gusto, rinorrea/congestione nasale, faringodinia, diarrea);
- 4) che il proprio figlio non presenta nessuno dei sintomi di cui al punto 1, 3.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

**Consegnare direttamente agli insegnanti.**