

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
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 la collettività,**

**DICHIARA**

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° 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.*

**DIEFFE Scuole  
della Formazione Professionale**

Sedi:

**LONIGO**  
Via San Daniele 60  
36045 Lonigo (VI)  
☎ 0444 432639  
✉ lonigo@scuoliedieffe.it

**NOVENTA PADOVANA**  
Via Risorgimento 29  
35027 Noventa Padovana (PD)  
☎ 049 9865070  
✉ padova@scuoliedieffe.it

**SPINEA**  
Via delle Industrie 18/a  
30038 Spinea (VE)  
☎ 041 936042  
✉ spinea@scuoliedieffe.it

**VALDOBBIADENE**  
Via Centro la Filanda, 18  
31049 Valdobbiadene (TV)  
☎ 0423 972443  
✉ valdobbiadene@scuoliedieffe.it

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_