

**AUTOCERTIFICAZIONE PER  
IL RIENTRO DELLO STUDENTE/ESSA  
IN CASO DI ASSENZA DOVUTA A  
MALATTIA DIVERSA DA COVID 19**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

In Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dello/a studente/essa \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ del Liceo Classico / Liceo Scienze Umane / Liceo Scientifico / Liceo Scientifico - Scienze Applicate di codesto istituto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste dall'art. 46 del DPR 445/200 per le ipotesi di falsità in atti e 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 proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza 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.*

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità  
genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_