



AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DAL NIDO

PER MOTIVI DI SALUTE

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 proprio figlio può essere riammesso al servizio poiché nel periodo di assenza dallo stesso

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

- Febbre(>37,5)
- Tosse
- Difficoltà respiratorie
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto(ageusia/disgeusia)
- Perdite/alterazione improvvisa dell'olfatto (anosmia/ iposmia)
- Mal di gola
- Cefalea
- Mialgie

HA PRESENTATO I SINTOMI e ho seguito le indicazione del medico **CURANTE/PEDIATRA**

HA EFFETTUATO IL TAMPONE il quale è risultato **NEGATIVO** in data _____

Luogo e data

il genitore
o chi esercita potestà genitoriale
