



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "RITA LEVI  
MONTALCINI"**  
Via Liguria 2 - 20090 BUCCINASCO (MILANO)  
Tel. 0248842362 – 0248842518 - Fax. 0245703214  
E- mail uffici: [mic8eg007@istruzione.it](mailto:mic8eg007@istruzione.it) - [mic8eg007@pec.istruzione.it](mailto:mic8eg007@pec.istruzione.it)  
C.F. 80183450156 – C.M. MIIC8EG007



"Con l'Europa investiamo nel vostro futuro"

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA  
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19 o motivi diversi da malattia  
Da inviare alla mail [icmontalcini.covidassenze@gmail.com](mailto:icmontalcini.covidassenze@gmail.com)**

Il/la sottoscritto/a _		nato/a	
e residente in			
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di (Cognome E Nome)			
nato/a		il,	
frequentante la classe		plesso	

**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 – HA PRESENTATO** (cancellare ciò che non interessa) i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

si	no	Febbre (> 37,5° C)	si	no	Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
si	no	Tosse	si	no	Perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
si	no	Difficoltà respiratorie	si	no	Mal di gola
si	no	Congiuntivite	si	no	Cefalea
si	no	Rinorrea/congestione nasale	si	no	Mialgie
si	no	Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)			

**e si è attenuto alle indicazioni del pediatra o del medico curante che ha autorizzato il rientro in comunità.**

***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.***

- *Altre note e informazioni relative all'assenza o per **assenza dovuta a motivi diversi da malattia** (visita medica, motivi familiari, etc.)*

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)