

## **AUTODICHIARAZIONE COVID – 19**

(scrivere in stampatello)

Al dirigente scolastico  
Istituto Comprensivo Centro Storico  
Rimini

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (cognome nome) \_\_\_\_\_

PADRE     MADRE     TUTORE dell'alunno/a \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ plesso/sede \_\_\_\_\_

essendo l'alunno/a stato/a assente dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

### **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:**

nel periodo di assenza suindicato,

- 1) l'alunno/a non è stato/a affetto/a da COVID-19 o non è stato/a sottoposto/a a periodo di quarantena obbligatoria o ha terminato il periodo di quarantena stabilito dalla normativa vigente;
- 2) l'alunno/a non è attualmente affetto/a da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5°C;
- 3) l'alunno/a non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) l'alunno/a non ha avuto contatti stretti, per quanto a propria conoscenza, con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- 5) *(in caso di assenza per motivi di salute)* ha provveduto a contattare il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale, il quale non ha ritenuto opportuno effettuare un percorso di accertamento Covid.

Rimini, \_\_\_\_\_

In fede

Firma leggibile del dichiarante

\_\_\_\_\_