



CIOFS-FP
VENETO

Centro Italiano Opere Femminili Salesiane – Formazione Professionale

All. 2 - FAC-SIMILE
AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

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 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.

Luogo e data

Il genitore -
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Scuola della Formazione Professionale "don Bosco"
via Cadore 1A - 31015 Conegliano TV
tel 0438 21436 - fax 0438 1890394 - email info@ciofsfpconegliano.it
www.donboscoconegliano.it

Organismo Accreditato Regione del Veneto L.R. 9.8.2002 n. 19 n. A0089
Sistema qualità ISO 9001:2015 – Certificato LR 0029788