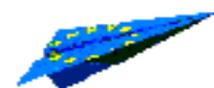




**Istituto Statale di Istruzione Secondaria Superiore  
Paolo Frisi**



**Liceo Economico Sociale Istituto Professionale Servizi Corsi I.d.A. II° livello**  
Cod. Fisc./P.IVA 80127550152 – Codice Univoco: UF9LI5  
[MIIS058007@istruzione.it](mailto:MIIS058007@istruzione.it) [MIIS058007@pec.istruzione.it](mailto:MIIS058007@pec.istruzione.it) [www.iisfrisi.gov.it](http://www.iisfrisi.gov.it)

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA DEGLI STUDENTI  
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

e residente in \_\_\_\_\_

in qualità di

1) STUDENTE MAGGIORENNE FREQUENTANTE LA CLASSE \_\_\_\_\_

2) GENITORE (o titolare della responsabilità genitoriale) dello studente minorenni

\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

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.

Questo modulo va allegato al talloncino del libretto delle giustificazioni

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)