



# LICEO STATALE SCIPIONE MAFFEI

Liceo Classico Liceo Linguistico  
Via Massalongo, 4 - 37121 VERONA

☎ 045.800.19.04 ☐ C. F. 80011560234

PEO: ✉ vrpc020003@istruzione.it - ✉ PEC: vrpc020003@pec.istruzione.it

🌐 <http://www.liceomaffei.vr.edu.it>



## ALLEGATO 4 al Protocollo di Istituto

Misure operative per il contenimento e il contrasto della diffusione dell'epidemia Covid-19

### AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DELLO STUDENTE/DELLA STUDENTESSA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Compilazione a cura del Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale

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

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

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

in qualità di Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale di

Nome e Cognome Studente \_\_\_\_\_,

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

il \_\_\_\_\_,

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/la propria Figlia può essere riammesso a Scuola poiché nel periodo di

ASSENZA DA SCUOLA DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

**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/Esercente la responsabilità genitoriale 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.*

- ESPRIME il proprio consenso** al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.
- DICHIARA** di aver letto l'Informativa allegata al Protocollo di Istituto visibile sul-Sito della scuola.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_