

	<p><b>LICEO SCIENTIFICO STATALE "PIERO GOBETTI"</b>  <b>Via Maria Vittoria n. 39/bis – 10123 Torino Tel. 011/817.41.57</b>  <b>Suc. Via. Giulia di Barolo 33 – 10124 Torino Tel:</b>  <b>011/817.23.25</b>  <b>Suc. C.so Alberto Picco, 14 – 10131 Torino Tel: 011/8194533</b>  <b>e-mail: <a href="mailto:TOPS340002@istruzione.it">TOPS340002@istruzione.it</a></b>  <b>PEC: <a href="mailto:TOPS340002@PEC.ISTRUZIONE.IT">TOPS340002@PEC.ISTRUZIONE.IT</a></b>  <b>Sito: <a href="https://www.lsgobettitorino.edu.it">https://www.lsgobettitorino.edu.it</a></b></p>	
---	---	---

Circ.68

Alla cortese attenzione di  
 Allievi e relative famiglie  
 Docenti  
 ATA

**Oggetto 68 AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

Si informa che la regione Piemonte ci ha comunicato il nuovo modello (qui di seguito riportato) da compilare e consegnare a scuola in caso di assenza per motivi di salute.

Torino,9 ottobre 2020

Il Dirigente scolastico  
 prof. Angelantonio Magarelli  
 Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/1993

## AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e  
residente in \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_  
nato/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/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

- NON HA PRESENTATO (croce in assenza di manifestazioni sintomatiche)
- HA PRESENTATO

i seguenti sintomi (indicare quali manifestazioni sono presenti):

- 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 il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato contattato il pediatra dottor/ssa:

.....

- sono state seguite le indicazioni fornite

- il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore

- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di.....gradi centigradi.

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_