

**AUTODICHIARAZIONE IN CASO DI ASSENZA
PER MOTIVI DI SALUTE
(allievo maggiorenne)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____,

e residente in _____

frequentante il corso _____

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 al contenimento della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che può essere riammesso in CIAC poiché nel periodo di assenza con durata

dal giorno _____ al giorno _____

- NON HA PRESENTATO SINTOMI COVID-19¹ (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche connesse al COVID-19)
- HA PRESENTATO SINTOMI COVID-19, in tal caso:
- ha contattato il Medico di Medicina Generale (MMG)
 - ha seguito le indicazioni fornite
 - non presenta più sintomi da almeno 3 giorni
 - la temperatura misurata prima dell'arrivo in CIAC è di _____ °C.

Luogo e data _____

Firma _____

¹ Esempi: sintomatologia respiratoria/simil-influenzale, mal di gola, tosse, mal di testa, difficoltà respiratorie, perdita improvvisa o diminuzione dell'olfatto, perdita o alterazione del gusto, sintomi gastrointestinali, diarrea rinorrea/congestione nasale, congiuntivite, mialgie/dolori muscolari.

AUTODICHIARAZIONE IN CASO DI ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE (allievo minorenni)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____,
e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____
_____ nato/a _____ il _____,
frequentante il corso _____

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 al contenimento della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso in CIAC poiché nel periodo di assenza con durata dal giorno _____ al giorno _____

- NON HA PRESENTATO SINTOMI COVID-19¹ (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche connesse al COVID-19)
- HA PRESENTATO SINTOMI COVID-19, in tal caso:
- è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)
 - sono state seguite le indicazioni fornite
 - il figlio/a non presenta più sintomi da almeno 3 giorni
 - la temperatura misurata prima dell'avvio in CIAC è di __°C.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

¹ Esempi: sintomatologia respiratoria/simil-influenzale, mal di gola, tosse, mal di testa, difficoltà respiratorie, perdita improvvisa o diminuzione dell'olfatto, perdita o alterazione del gusto, sintomi gastrointestinali, diarrea rinorrea/congestione nasale, congiuntivite, mialgie/dolori muscolari.