



**DIREZIONE DIDATTICA STATALE GRAGNANO 2**  
**“Oreste Lizzadri”**

Via Vittorio Veneto, 18 – 80054 Gragnano (NA)  
Tel. 0818012921 - C.M. NAEE142002 - C.F. 82008620633

sito web: [www.ddgragnano2.edu.it](http://www.ddgragnano2.edu.it)

e-mail: [naee142002@istruzione.it](mailto:naee142002@istruzione.it) pec: [naee142002@pec.istruzione.it](mailto:naee142002@pec.istruzione.it)



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

**Al Dirigente Scolastico della DDS Gragnano 2 “O. Lizzadri”**

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 \_\_\_\_\_

iscritto alla sezione/classe \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

**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 a scuola poiché nel periodo di assenza dalla stessa 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 (dolori muscolari)

*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 a scuola.*

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

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_