

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI NON DOVUTI A MALATTIA**

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

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

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

in qualità di:

* docente
* collaboratore scolastico
* personale amministrativo

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000):

**DICHIARA**

che nel periodo di assenza, 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

**L’assenza è dovuta a motivi personali/familiari e chiede, pertanto, la riammissione in servizio.**

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

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_