

# All. 5

Ministero dell’Istruzione

**DIREZIONE DIDATTICA STATALE “SAN DOMENICO SAVIO”**

Via Gionti n. 11 – 80040 TERZIGNO (NA) Tel. 081/8271941 Fax081/8271181

[naee18700g@istruzione.it](mailto:naee18700g@istruzione.it) naee18700g@pec.istruzione.it – C.F84005670637 [www.scuolaprimariaterzigno.edu.it](http://www.scuolaprimariaterzigno.edu.it)

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA**

**PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

**（无感染COVID-19）的缺勤声明**

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 ,

声明人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,出生地\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,出生日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,户籍地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

是学生\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的父母，出生地\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,出生日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

# 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 collettività,

为了控制COVID-19病毒的传播,要严格做好防疫措施，如做假声明需要负责民事和刑事责任。

**DICHIARA**声 明 内 容：

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

我的儿子/女儿 在没有去学校缺勤的期间，没有出现以下疑似COVID-19的症状:

* febbre (> 37,5° C) 发烧37.5℃以上
* Tosse 咳嗽
* difficoltà respiratorie 呼吸困难
* Congiuntivite 结膜炎
* rinorrea/congestione nasale 流鼻涕 / 鼻塞
* sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea) 胃肠道炎症（恶心/ 呕吐，拉泄）
* perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia) 失去味觉
* perdita/diminuzione improvvisa dell’olfatto (anosmia/iposmia) 失去嗅觉
* mal di gola 喉咙疼痛
* Cefalea 头痛
* Mialgie 肌肉酸痛

*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 al servizio/scuola.*

如果出现以上症状，父母应该在孩子重新返校前联系家庭医生进行诊治。

Luogo e data

签名地点

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)

父母签名