

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DALLA SDFTP
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
e residente in _____
in qualità di studente iscritto alla Scuola Diocesana di Formazione Teologico-Pastorale,
nella sede di _____

**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,**

DICHIARA

Che può tornare a partecipare alle attività della SDFTP poiché nel periodo di assenza **NON HA
PRESENTATO** i 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*

In caso di presenza di questi sintomi, lo studente dovrà contattare il medico curante per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione alle lezioni.

Luogo e data _____

Lo studente
