

SAMOPOTVRDA
ODSUSTVO IZ ŠKOLE IZ ZDRASTVENIH RAZLOGA NEVEZANIH ZA COVID -19

Prema D.P.R. 28. decembra 2000. br 445

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

Ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 srb/cro

Ja dolepotpisani/a _____

Il/la sottoscritto/a

Rođen/a u: _____

nato/a

Datum i godina rođenja: _____

Il:

Sa prebivalištem u: _____

residente in

Roditelj (staratelj, tutor) učenika/ce: _____

In qualità di genitore/tutore dell'alunno

Rođenog/e: _____

nato a

Datum i godina rođenja učenika: _____

Il

svestan svih mogućih građanskih i zakonskih odgovornosti u slučaju lažno navedenih tvrdnji u ovom dokumentu i svestan važnosti poštovanja preventivnih mera koje se preduzimaju da bi se sprečilo širenje COVID-19 i zaštitilo zdravlje celokupnog društva,

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,

ODGOVORNO TVRDIM

DICHIARA

Da moj/a sin/kći može da se vrati i da prati školsku nastavu jer u periodu odsustva sa iste **NIJE IMAO/LA SLEDEĆE SIMPTOME** koji potencijalno ukazuju na COVID-19:

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

- Temperatura ($>37,5^{\circ}\text{C}$) *Febbre ($> 37,5^{\circ}\text{C}$)*
- Kašalj *Tosse*
- Teškoće sa disanjem *Difficoltà respiratorie*
- Konjuktivitis *Congiuntivite*
- Rinoreje (curenje nosa) – kijavicu sa začepljenjem nosa *Rinorrea/congestione nasale*
- Gastrointeroloških problema (mučnina /povraćanje, proliv) *sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)*
- Gubitak ili smanjenje čula ukusa *perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)*
- Gubitak ili smanjenje čula mirisa *perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)*
- Bol u grlu *mal di gola*
- Glavobolja *cefalea*
- Bolove u mišićima *mialgie*

KAOI :
oppure

Da sam kod gore navedenih simptoma kao roditelj/startelj/tutor/ obavestio lekara (pedijatra opšte prakse ili porodičnog lekara opšte prakse) zarad neophodnih procena, analiza i bezbednog povratka u školu. Doktor nije dao opravdanje predviđeno od strane Ministarstva Prosvete 3.8.2020. ali je potvrdio da dete može da se vrati na školsku nastavu.

che, in presenza di alcuno dei sintomi sopra elencati, il genitore ha contattato il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari per la riammissione a scuola. Il medico non ha rilasciato l'attestazione prevista dalla Nota del Ministero dell'Istruzione del 03/08/2020, ma ha dichiarato che l'alunno può rientrare a scuola.

Mesto i datum:

Luogo e data:

Potpis roditelja/ tutora

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale
