

AUTODICHIARAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA
AL 4° GIORNO INFANZIA / 6° GIORNO PRIMARIA DI ASSENZA PER MALATTIA

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Residente in _____ C.F. _____

Genitore/Tutore dell'alunno/a _____

della scuola _____

sezione/classe _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e succ. mod. e delle leggi speciali in materia, previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione del virus COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

DICHIARA

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

- Febbre (> 37,5° C)
- Tosse
- Difficoltà respiratoria
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito/diarrea)
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- Mal di gola
- Cefalea
- Mialgie

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 _____ Firma _____

Il presente modulo sarà consegnato in forma cartacea in busta chiusa al rientro a scuola esclusivamente al docente della prima ora e sarà posto agli atti dell'Istituto.