

Autodichiarazione per il rientro a scuola

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

genitore dell'alunno/a _____ frequentante nel corrente anno

scolastico la classe o sezione _____ sez. _____ di codesto Istituto:

- Infanzia - Plesso _____
- Primaria - Plesso _____
- Secondaria di primo grado - Plesso _____

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 l'assenza del/della proprio/a figlio/a da scuola dal _____ al _____ è avvenuta per ragioni diverse da motivi di salute e che nel periodo di assenza 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
