

## AUTODICHIARAZIONI DEI GENITORI PER RIENTRO DOPO MALATTIA INFERIORE A 4/6 GIORNI

Al Dirigente dell'Istituto Comprensivo VOLINO-CROCE-ARCOLEO

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

genitore del bambino/studente \_\_\_\_\_

della classe \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_ 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 la collettività,

### DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dello stesso **NON HA**

**PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per Covid 19:

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

In caso di presenza di questi sintomi il genitore dovrà contattare il medico curante o il pediatra di libera scelta per le valutazioni cliniche e gli esami necessari prima della riammissione a scuola.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_