

SCUOLA PRIMARIA/SECONDARIA

**AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE PER RIENTRO DOPO MALATTIA DELL'ALUNNO
INFERIORE A 6 GIORNI (AI SENSI DEL D. P. R. N. 445 DEL 28/12/2000)**

Il/La _____ sottoscritto/a _____ Cognome _____
Nome _____ Luogo di nascita _____ data
di nascita _____ genitore dell'alunno _____
della scuola _____ classe _____

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 il proprio figlio/a può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza dallo stesso 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 _____

SCUOLA PRIMARIA/SECONDARIA

**AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE PER RIENTRO DOPO MALATTIA DELL'ALUNNO
INFERIORE A 6 GIORNI (AI SENSI DEL D. P. R. N. 445 DEL 28/12/2000)**

Il/La _____ sottoscritto/a _____ Cognome _____
Nome _____ Luogo di nascita _____ data
di nascita _____ genitore dell'alunno _____
della scuola _____ classe _____

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 il proprio figlio/a può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza dallo stesso 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 _____