

MODELLO DI AUTODICHIARAZIONE PER RIAMMISSIONE A SCUOLA

Il/la sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____, frequentante la
classe _____ di questo Istituto,

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 è rimasto assente dalle lezioni dal _____ al _____

e **che** lo stesso può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:*

<ul style="list-style-type: none">● febbre (> 37,5° C)● tosse● difficoltà respiratorie● congiuntivite● rinorrea/congestione nasale● sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)	<ul style="list-style-type: none">● perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)● perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)● mal di gola● cefalea● mialgie
--	--

E pertanto l'assenza del periodo è dovuta a:

motivi di salute con sintomi comunque non riconducibili al Covid 19

*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 al servizio/scuola.

Data _____

Firma leggibile _____