

## **Autodichiarazione dei genitori/tutori**

(art. 47 DPR 445/2000)

Il/la sottoscritto/a cognome e nome \_\_\_\_\_

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

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

genitore del/della bambino/a studente \_\_\_\_\_

della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

*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/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ **NON HA AVUTO CONTATTO CON PERSONE POSITIVE** negli ultimi 10 giorni e **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 \_\_\_\_\_