AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’IC SETTEMBRINI – MADDALONI (CE)

Il/La sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore del bambino/studente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_