AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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