

AUTODICHIARAZIONE RIENTRO A SCUOLA

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____, e
residente in _____

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____, e
residente in _____
in qualità di genitori (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato a _____ il _____,

**consapevoli 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,**

DICHIARANO

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio scuola poiché ALLA DATA ODIERNA **NON**
PRESENTA i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- 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 al servizio/scuola.

DICHIARANO

ALTRESI' CHE **NON** SONO PRESENTI IN FAMIGLIA CASI DI POSITIVITA' ACCERTATA AL Covid-19 E CHE **NON** SUSSISTONO A CARICO DELLA FAMIGLIA PROVVEDIMENTI DI QUARANTENA FIDUCIARIA E/O OBBLIGATORIA

Luogo e data

I genitori
(o titolare della responsabilità genitoriale)

