# 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)

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