

## 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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_