

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 (ALLEGATO 2)

- AUTODICHIARAZIONE DEI GENITORI PER RIENTRO DOPO MALATTIA AL 4 GIORNO SCUOLA DELL'INFANZIA (AL QUINTO GIORNO CERTIFICATO MEDICO)
- AUTODICHIARAZIONE DEI GENITORI PER RIENTRO DOPO MALATTIA AL 6 GIORNO SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO (AL SETTIMO GIORNO CERTIFICATO MEDICO)
- AUTODICHIARAZIONE DEI GENITORI PER RIENTRO DOPO MALORE A SCUOLA DELLO STUDENTE

IL /LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____
CF _____ RESIDENTE IN _____ (_____)
VIA _____ TEL _____
CELL _____ E-MAIL _____

in qualità di

[] PADRE [] MADRE [] TUTORE

DELL'ALUNNO/A

COGNOME _____ NOME _____
FREQUENTANTE LA SCUOLA _____ DI _____
SEZIONE/CLASSE _____
ASSENTE DAL _____ AL _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure finalizzate alla prevenzione della diffusione di COVID 19 per la tutela della salute della collettività

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

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.

In fede

Data _____

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.