



Istituto Comprensivo Paritario "Regina Coeli" Scuola Primaria

Vico San Gaudioso, 2 - 80138 Napoli

Tel./fax 081-444876 - Fax 081-456507 -

email: istreginacoelinapoli@tiscali.it www.icreginacoeli.it

Allegato Modello 1

Al Coordinatore dell'I.C. "Regina Coeli" - Napoli

**AUTODICHIARAZIONE DEI GENITORI PER RIENTRO
DOPO MALATTIA INFERIORE A 4/6 GIORNI**

(fino a 3 giorni scuola dell'infanzia/fino a 5 giorni scuola primaria e secondaria 1°)

Il/ La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____ genitore/tutore

del bambino/studente _____ della scuola _____

(specificare se *INFANZIA/PRIMARIA/SECONDARIA 1°*)

Classe/Sezione _____ (specificare classe/sezione in base all'ordine di scuola)

consapevole, di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR n. 445/2000, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

Che il proprio figlio/a può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza dal _____
al _____ **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 _____

Allegare copia del documento di identità del genitore/tutore

