

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ genitore del bambino/studente della scuola

***consapevole 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,***

DICHIARA

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.*

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_