

## Autocertificazione

Il/la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Della classe/sezione \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_

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 collettività,

### DICHIARA

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