

Allegato 5)

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

_____ Luogo di nascita _____

Data di nascita _____ genitore del bambino/studente _____

_____ della scuola _____

Infanzia Primaria Secondaria di 1° grado

Plesso _____ Classe _____

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 a scuola, poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

- Febbre (superiore a 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

Luogo e data

Firma

Oppure, in alternativa:

DICHIARA

che, poiché il proprio figlio/a **HA PRESENTATO** alcuni di questi sintomi, ha contattato 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