

**OGGETTO: dichiarazione di assenza sintomi Covid-19 ai fini della riammissione a scuola**

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 \_\_\_\_\_