



AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA PER MOTIVI PERSONALI O PER MALATTIA CON SINTOMI NON SOSPETTI PER COVID-19

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

In Via _____

Genitore di _____

Assente dalla scuola dell'infanzia/nido integrato FONDAZIONE SCUOLA MATERNA "DOTT. GIOVANNI DOLCETTA"

Dal _____ al _____

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

DICHIARO/A

Che il proprio figlio può essere riammesso al servizio scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C);
- sintomi respiratori acuti (tosse e/o raffreddore) con difficoltà respiratoria;
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea);
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia);
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia);
- cefalea intensa.

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 al servizio/scuola.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____