

**ALLEGATO 5) AUTODICHIARAZIONI DEI GENITORI PER RIENTRO
DOPO MALATTIA INFERIORE A 4/6 GIORNI**

Integrazione del documento "Rientro a scuola in sicurezza" Regione Campania dell'1/10/2020

Al Dirigente scolastico
dell'I.C. Novaro Cavour

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 _____