Allegato n.2

AUTOCERTIFICAZIONE PER

IL RIENTRO DELL’ALUNNO/A IN CASO DI ASSENZA DOVUTA A MALATTIA DIVERSA DA COVID 19

Il/la sottoscritto/a nato/a a il , e residente in in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

,

nato/a a il ,

e frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di codesto istituto

consapevole delle conseguenze civili e penali previste dall’art. 46 del DPR 445/200 per le ipotesi di falsità in atti e 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 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 respiratorie
* congiuntivite
* rinorrea/congestione nasale
* sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
* perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
* perdita/diminuzione improvvisa dell’olfatto (anosmia/iposmia)
* 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 al servizio/scuola.*

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)