

**Autocertificazione assenza di sintomatologia Covid 19  
per 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,***

DICHARA

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 \_\_\_\_\_