

OGGETTO: ATTESTAZIONE RIENTRO A SCUOLA A SEGUITO di USCITA ANTICIPATA
per SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID-19

I sottoscritti
(Padre)
(Madre)

Genitori /Tutori /Affidatario dell'alunna/o

Classe Sez.

Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria di I grado

DICHIARANO

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevoli dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento di COVID-19 per la tutela della salute della collettività che l'alunno/a, prelevato da scuola per sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19, ovvero:

- febbre superiore a 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;
- faringodinia;
- dispnea;

hanno contattato il pediatra di famiglia/medico di medicina generale per le valutazioni cliniche e gli esami necessari che ha escluso tale possibilità.

Dichiarano, pertanto, che il proprio figlio può essere riammesso a scuola senza necessità di svolgere il percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per COVID-

Data

Firma della Madre Firma del Padre