

AUTODICHIARAZIONE DEI GENITORI PER RIENTRO A SCUOLA DOPO MALATTIA INFERIORE A 4 GIORNI (SCUOLA DELL'INFANZIA) O A 6 GIORNI (SCUOLA PRIMARIA E SOCONDARIA DI 1° GRADO)

(rilasciata in base all'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Allegato 5) del Documento di programmazione sanitaria del U.S.R. della Campania, rivolto agli studenti e al personale scolastico per favorire il rientro a scuola in adesione al DPCM 07/09/2020

Il/La sottoscritto/a _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

genitore del bambino/studente _____

nato/a a _____ il _____

iscritto/a alla classe ___ sez. ___ anno scolastico 2021/2022 plesso _____

Infanzia

Primaria

Secondaria

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,

DICHIARA

che il/la proprio/a può essere riammesso/a a scuola, poichè 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.

Campagna, ___ / ___ / _____

Firma _____