

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

I sottoscritti

(Madre)

(Padre)

Genitori/Tutori/Affidatario dell'alunna/o

Classe Sez. Scuola di:

☐ 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-19.

Firma della Madre

Firma del Padre

Luogo, , data