

RIENTRO A SCUOLA IN SICUREZZA

Allegato 5

Il/La sottoscritto/a _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Genitore/Tutore dell' alunno/a _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

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

di avere preso contatto con il pediatra di famiglia/medico curante

dott. _____,

di avere seguito le sue indicazioni e pertanto l'alunno/a può essere riammesso al servizio scolastico poiché nel periodo di assenza dello stesso **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

- febbre (>37.5°C)
- difficoltà respiratorie
- tosse
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali(vomito,nausea,diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa dell'olfatto(anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

Luogo e data _____

Firma _____