

Al Dirigente Scolastico
Istituto Santa Dorotea
Scuola Paritaria "Paola Frassinetti"
Napoli

OGGETTO: AUTO-DICHIARAZIONE AI SENSI DELL' ART. 47 DEL D.P.R. N. 445/2000 PER IL RIENTRO A SCUOLA DELL'ALUNNO DOPO ASSENZA PER MALATTIA INFERIORE A 3 GIORNI (SCUOLA INFANZIA) E 5 GIORNI (SCUOLA PRIMARIA)

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

genitore dell'alunno _____

frequentante la classe _____ della scuola infanzia primaria

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, 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 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.

Napoli, _____
(data)

Firma _____