# ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

**I.C. TERESA MATTEI**

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente in

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell’alunno/a

nato/a a il

frequentante la Scuola

* dell’Infanzia di Padule
* dell’Infanzia di Rimaggio
* dell’Infanzia di Croce
* Primaria di Padule
* Primaria di Rimaggio
* Primaria di Croce
* Secondaria di Primo Grado Classe /sezione:

consapevole di tutte le conseguenti civili e penali previste in caso di dichiarazione 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 proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

* febbre (≥ 37,5° C)
* tosse
* indolenzimento e dolori muscolari
* difficoltà respiratorie
* congiuntivite
* rinorrea/congestione nasale
* sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea)
* perdita/alterazione improvvisa del gusto
* perdita/diminuzione improvvisa dell’olfatto
* mal di gola
* cefalea

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.

Luogo e data Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)