## EMERGENZA COVID: DICHIARAZIONE GENITORI PER RIENTRO A SCUOLA

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 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 la collettività,

**DICHIARA**

**che il proprio/la propria figlio/a può riprendere le attività didattica didattiche in presenza, poiché**

* NON è attualmente positivo al Covid 19;
* é stato positivo al Covid19 e ha avuto tampone negativo ( si allega il certificato medico);
* non è sottoposto alla misura di quarantena, per contatto stretto di caso positivo, ossia non ha attualmente contatti con soggetto positivo e non ne ha avuti nei 14 giorni precedenti al rientro a scuola;
* **NON PRESENTA** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID19
* 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 del rientro a scuola.*

* **NON HA PRESENTATO** i suddetti sintomi sospetti per COVID-19 nei giorni precedenti al rientro a scuola

LUOGO E DATA:

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_