



Al dirigente scolastico della scuola
"Scuola dell' Infanzia Bulli e Pupe "
Via Mazzini, 16 Marcianise (CE)

Allegato 5)

Il/La sottoscritto/a cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

genitore del bambino/studente _____

della scuola _____

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 figlio/a può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza dello 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
- Mialgia

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 _____ Firma _____