

Oggetto: autocertificazione per il rientro a scuola - assenza per motivi di salute non superiore a 5 giorni (includere nel computo eventuali giorni festivi)

Il/La sottoscritto/a padre madre tutore

Il/La sottoscritto/a padre madre tutore

dell'alunno/a frequentante la cl. 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 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.

Firme leggibili dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale sull'alunno/a

Il/La sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere prodotto la suddetta dichiarazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui Artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile*, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

* Alla luce delle disposizioni del Codice Civile in materia di filiazione, l'autorizzazione in oggetto, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata comunque condivisa.