

AII. 1

**AUTODICHIARAZIONE RIENTRO DA QUARANTENA
SENZA SINTOMI PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____, e residente in in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____, nato/a a _____ il _____, frequentante la classe _____ sez. _____ plesso _____

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 può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di isolamento fiduciario/quarantena **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- 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 al servizio/scuola. Luogo e data Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale).

Luogo e data

**Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)**
