**AUTOCERTIFICAZIONE** (da presentare in caso di assenza inferiore ai 5 giorni)

Il/La sottoscritto/a Cognome…………………………………. Nome…………………………………..

Data di nascita……………………………………. Luogo 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   
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.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore