

**Allegato 5)**

\_l\_ sottoscritt\_ Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

genitore dell'alunn\_ \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

- scuola infanzia       scuola primaria       Scuola secondaria

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, 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 figli\_ può essere riammess\_ a scuola, poiché nel periodo di assenza **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.*

Arzano, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_