



Congregazione Piccole Apostole della Redenzione

“VILLAGGIO DEL FANCIULLO”

Via Camaldoli 9, 80030 – Visciano (NA)

ALLEGATO 1

Oggetto: Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza (fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni altri ordini di scuola)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il ___/___/_____, residente in _____,

Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome) _____

(nome), nato/a a _____ il ___/___/_____, assente dal ___/___/20___

al ___/___/_____,

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 collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso 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 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

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.

Chiedo pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica.

_____, ___/___/2020

Firma (del genitore, tutore)
