**AUTODICHIARAZIONI DEI GENITORI PER RIENTRO DOPO MALATTIA INFERIORE A 4/6 GIORNI (Allegato 5)**

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data 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
* Rinorrea/congestione nasale
* Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito/diarrea)
* Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
* Mal di gola
* Cefalea
* Mialgia

In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per la valutazione cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola

Luogo e data Firma