

AUTODICHIARAZIONI DEI GENITORI PER il rientro a scuola **DOPO MALATTIA INFERIORE a 6
giorni**

Allegato 5

*Al Documento di programmazione sanitaria, rivolto agli studenti e al personale scolastico per
favorire il rientro a scuola in adesione al DPCM 07 settembre 2020.*

RIENTRO A SCUOLA IN SICUREZZA

Aggiornato al 6 Ottobre 2020

DICHIARAZIONE

(a cura del genitore o dell'alunno Maggioreenne)

In caso di presenza di questi sintomi, si dovrà contattare il medico curante per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.

Al Dirigente Scolastico
Del Liceo scientifico N. Sensale
di Nocera Inferiore

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Genitore dello studente _____

Frequentate classe _____ sezione _____ di codesto istituto

***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,***

DICHARA

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-19¹

- 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

Luogo e data _____ Firma _____

¹ In caso di alunno maggiorenne cancellare le parti che non interessano