

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 Maggiorene)**

*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-19<sup>1</sup>

- 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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> In caso di alunno maggiorenne cancellare le parti che non interessano