

**Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. 71° Aganoor Marconi
di Napoli**

Il/la sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ (prov. ___) data di nascita ___/___/___

residente a _____ (prov. ___) c.a.p. _____

in via/piazza _____ numero _____

genitore dell'alunno/a _____

ordine di scuola (barrare con una x)

INFANZIA	PRIMARIA	SECONDARIA I GRADO
----------	----------	--------------------

Classe _____ sez. _____

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,

D I C H I A R A

Che il/la proprio/a 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

(barrare con una X)

- Febbre (maggiore di 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 Modico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.

Napoli, ___/___/___

Firma _____