

Autodichiarazione di assenza sintomi COVID

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
genitore dello studente _____ classe _____ sez. _____ della
Scuola Secondaria di 1° grado "G.Pascoli" di Aversa (Ce)

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure finalizzate alla prevenzione della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della 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

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 Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.

Luogo e data _____ Firma _____