

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.A.C. "R.Uccella"
Santa Maria Capua Vetere (CE)**

Il sottoscritto (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 collettività,

DICHIARA

che la/il propria figlia/o può essere riammessa/o a scuola, poiché nel periodo di assenza dalla stessa
NON HA PRESENTATO nessuno dei 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 _____