

INDICAZIONE OPERATIVE GESTIONE CASI E FOCOLAI NELLE SCUOLE

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA

PER ASSENZE SUPERIORE A 3 GIORNI *

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Prov _____

In Via _____ n. _____ Tel. _____

in qualità di genitore/esercente la potestà genitoriale dell'alunno:

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Che durante la assenza avvenuta dal..... al.....

IL PROPRIO FIGLIO/A NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID-19:

- Febbre superiore a 37,5°C e/o
- tosse e rinite con difficoltà respiratoria;
- vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere);
- diarrea (tre o più scariche con feci liquide o semiliquide); perdita del gusto (in assenza di raffreddore);
- perdita dell'olfatto (in assenza di raffreddore)

Luogo e Data

.....

FIRMA

.....

*3 giorni si intendono di frequenza scolastica, non debbono essere conteggiati i giorni festivi.

