**OGGETTO:**  **Assenza per malattia da 1 a 4 gg (infanzia)**

**Da 1 a di 6gg (Primaria e secondaria)**

**AUTODICHIARAZIONE DEI GENITORI**

**Allegato 5)**

Il/La sottoscritto/a Cognome…………………………………..Nome……………………………………

luogo e data di nascita………………………………………………………………………………………

\_genitore dell’alunno/a……………………………..\_dell’ Istituto **I. C.S. Quasimodo Crispano** assente

Dal………….\_al………….

**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

**DICHIARA**

che il proprio figlio/a può essere riammesso a scuola poiché, nel periodo di assenza lo stesso

|  |  |
| --- | --- |
| **Opzione A**  NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19   * FEBBRE (maggiore di 37°C) * TOSSE * DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA * CONGIUNTIVITE * RINORREA/CONGESTIONE NASALE * SINTOMI GASTROINTESTINALE (NAUSEA, VOMITO, DIARREA) * PERDITA/ALTERAZIONE IMPROVVISA DEL GUSTO(AGEUSIA/DISGEUSIA) * MAL DI GOLA * CEFALEA * MIALGIA | |
|  | **Opzione B** |
| 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………………………………………………………