**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………………………………………………………