

Allegato 6

(Nota Giunta Regione Campania n. 450798/2020)

Il/La sottoscritto/a cognome _____ nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

residente in _____ via _____

genitore/tutore dell'alunno/a _____ frequentante la
classe _____ sez. _____ indirizzo _____ dell'Istituto,

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 445/00 e s.m.i., e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione del COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

GIUSTIFICA

l'assenza del/la proprio/a figlio/a, dal _____ al _____, **per ragioni diverse da motivi di salute;**

DICHIARA

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

N.B. A cura del genitore/tutore dell'alunno/a