ALLEGATO 5

**AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE**

 IL/LA sottoscritta/o……………………………………………………………………nato a

…………………………………………………………………………………………………..il……………………………………………………

residente a……………………………………………………..in via………………………………………………………………….in qualità di

genitore ( o titolare della responsabilità genitoriale)

di……………………………………………………………………………………… nato il………………………………………………………. Frequentante la classe …………………………..sez…………………. di scuola dell’infanzia/primaria/secondaria ( cancellare la voce che non interessa)

**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-19per la tutela della salute della collettività**

**DICHIARA**

Che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19**

Febbre Tosse Difficoltà respiratorie Congiuntivite Rinorrea/congestione nasale Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea) Perdita/diminuzione improvvisa dell’ olfatto (anosmia/iposmia)) Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia) Mal di gola Cefalea Mialgia

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 valutazione cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio /scuola.

Luogo e data

firma del Genitore

( o titolare della responsabilità genitoriale)