

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-19 per 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)