

1° Istituto Comprensivo "Tenente Mario De Rosa"  
Via Regina Margherita 28 Sant'Anastasia  
Tel 0818930705  
Codice Fiscale : 80019960634 Codice Meccanografico: NAIC8AL00B  
[www.primoicsantanastasia.gov.it](http://www.primoicsantanastasia.gov.it)  
[naic8al00b@istruzione.it](mailto:naic8al00b@istruzione.it); [naic8al00b@pec.istruzione.it](mailto:naic8al00b@pec.istruzione.it)

#### AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE

IL/LA sottoscritto/a.....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 **NON PRESENTA i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19**

1. di non essere sottoposto alla misura della quarantena (anche volontaria)

ovvero di non essere, al momento, positivo al COVID 19;

2. di non presentare sintomi quali congiuntivite, febbre superiore a 37,5°, tosse o

difficoltà respiratorie Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)

Perdita/diminuzione improvvisa dell' olfatto (anosmia/iposmia))

Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)

Mal di gola

Cefalea

Mialgia o comunque altri sintomi presumibilmente riconducibili

a infezione da COVID-19;

3. di essere a conoscenza delle misure del contenimento del contagio vigenti alla data

odierna e di aver rispettato le disposizioni emanate dalle Autorità' competenti quali

quarantena, distanziamento sociale, utilizzo mascherine ed altro.

DI ASSUMERSI LA RESPONSABILITA' DI INFORMARE LA SCUOLA DI EVENTUALI SITUAZIONI DI CONTAGIO, SINTOMI, CONTATTI, COME SOPRA INDICATO:

In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante ( Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per la valutazione cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio /scuola.

Luogo e data

firma del Genitore

( o titolare della responsabilità genitoriale)