

## AUTODICHIARAZIONE

### PER AMMISSIONE A SCUOLA DOPO PERIODO DI QUARANTENA/ISOLAMENTO

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

genitore dell'alunna/a \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

① Infanzia

① Primaria

① Secondaria primo grado

#### 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, al fine dell'ammissione alla frequenza scolastica in presenza

#### DICHIARA

che, nel prescritto periodo di Quarantena/Isolamento (14 giorni dal presunto contatto senza effettuazione del tampone), il proprio figlio/a NON HA PRESENTATO uno o più dei 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_