

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola

- dell'Infanzia di Malcesine
- dell'Infanzia di Scalette
- Primaria di Malcesine
- Primaria di Scalette
- Secondaria di Primo Grado

Classe /sezione:

\_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenti civili e penali previste in caso di dichiarazione 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 (>37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- 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 al servizio/scuola.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_