

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELLA SCUOLA SECONDARIA DI I
GRADO "G.PAVONCELLI " di Cerignola**

**AUTODICHIARAZIONE RIENTRO A SCUOLA IN SEGUITO AD ASSENZA
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____, il _____, e residente in _____
codice fiscale _____, in qualità di genitore/tutore dell'alunno
_____, nato/a a _____, il _____,
frequentante la classe _____ sez _____,

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 la collettività,

DICHIARA

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

- febbre ($> 37,5^{\circ} \text{C}$)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea

Cerignola, _____

Il genitore/tutore
