



**ISTITUTO AUTONOMO COMPRENSIVO STATALE
CORSO EUROPA VII TRAVERSA, N.8-10**

81030 – CASAPESENNA CASERTA

Tel.0818924580 fax.0818167413 e-mail ceic89600d@istruzione.it

Sito web: www.comprensivocasapesenna.edu.it

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

genitore del bambino/studente della scuola _____

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/a può essere riammesso/a a 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 respiratoria**
- **Congiuntivite**
- **Rinorrea/congestione nasale**
- **Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito/diarrea)**
- **Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)**
- **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 a scuola.

Luogo e data

Firma