

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'I.C. "S@mnium"  
di Pontelandolfo (BN)

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO  
ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE**

Inferiore a giorni 6 (Scuola primaria e Secondaria I Grado) Inferiore a giorni 4 (Scuola dell'Infanzia)

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

Genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_

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

Scuola dell'Infanzia                       Scuola Primaria                       Scuola Secondaria di I 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,

DICHIARA  
(barrare la voce che interessa)

che l'alunno/a, assente da scuola dal \_\_/\_\_/20\_\_ al \_\_/\_\_/20\_\_ per complessivi n. \_ giorni, può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre superiore a 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;
- faringodinia;
- dispnea.

**In caso di presenza di questi sintomi, il genitore ha contattato il pediatra di famiglia/medico di medicina generale per le valutazioni cliniche e gli esami necessari prima della riammissione a scuola**

Firma \_\_\_\_\_

I dati sopra indicati saranno trattati dall'istituzione scolastica nei limiti previsti dal Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) per il trattamento di dati personali.

(da consegnare ai docenti di sezione/classe)