

## Allegato 5)

Integrazione del documento "Rientro a scuola in sicurezza" Regione Campania dell'1/10/2020

Il/La sottoscritto/a Cognome .....Nome.....  
luogo di nascita .....(prov.....) Data di nascita .....  
genitore/tutore/ del bambino/a/studente .....  
della classe ..... sez..... plesso .....  
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 collettività.***

### DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a può essere può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza dello 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.....