



INDICAZIONE OPERATIVE GESTIONE CASI E FOCOLAI NELLE SCUOLE

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA**

**PER ASSENZE SUPERIORE A 3 GIORNI \***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**in qualità di genitore/esercitante la potestà genitoriale dell'alunno:**

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

Che durante la assenza avvenuta dal..... al.....

**IL PROPRIO FIGLIO/A NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID-19:**

Febbre superiore a 37,5°C e/o

- tosse e rinite con difficoltà respiratoria;
- vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere);
- diarrea (tre o più scariche con feci liquide o semiliquide);
- perdita del gusto (in assenza di raffreddore);
- perdita dell'olfatto (in assenza di raffreddore)

**Luogo e Data**

.....

**FIRMA**

.....

\*3 giorni si intendono di frequenza scolastica, non debbono essere conteggiati i giorni festivi.