Scuola dell'Infanzia "Figlie di S.Anna"

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____,

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____,

nato/a a _____ il _____,

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 dallo stesso NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- 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 al servizio/scuola.

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)

_____ _____

REGIONE DEL VENETO

ULSS6 EUGANEA

AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO DOPO SINTOMI

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato il _____

a _____ e residente a _____ in via

_____

genitore/tutore di (nome e cognome) _____ nato il _____

iscritto alla classe _____ sez. _____

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in casi di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzioni per COVID - 19 per la tutela della salute della collettività.

Dichiara sotto la propria responsabilità che

- ☐ ha contattato il/la PLS/MMG
  Dr/Dr.ssa_____in data _____
- ☐ ha effettuato il tampone antigenico rapido/molecolare con esito negativo
- ☐ il PLS/MMG ha dato parere positivo per il rientro in presenza presso l'istituto Scolastico.

LUOGO E DATA

_____

FIRMA DEI GENITORI

_____