

**AUTODICHIARAZIONE RIENTRO A SCUOLA DOPO SEGNALAZIONE
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19
(in assenza di certificato medico)**

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 collettività,

DICHIARA

- di aver contattato il Pediatra di libera scelta (PLS) o il Medico di Medicina Generale (MMG) per la
valutazione clinica del caso; (*)

DICHIARA INOLTRE

- che il PLS o il MMG non ha rilasciato certificato poiché ha ritenuto che i sintomi presentati non siano
ascrivibili come sospetto COVID;
- che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso a scuola poiché le condizioni cliniche non sono
sospette per COVID-19;
inoltre
- nel periodo di assenza sono scomparsi i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:
- febbre (> 37,5° C)
 - tosse
 - difficoltà respiratorie
 - congiuntivite
 - rinorrea/congestione nasale
 - sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
 - mal di gola
 - cefalea
 - mialgie

**La presente dichiarazione (da presentarsi solo qualora il PLS o il MMG non abbia prodotto certificato
medico) deve essere consegnata dal genitore al referente COVID obbligatoriamente prima del rientro
dell'alunno in classe. In assenza di tale dichiarazione l'alunno non potrà essere riammesso alla
frequenza.**

**Il genitore, all'atto della riconsegna del/la proprio/a figlio/a da parte della scuola, si era impegnato a
contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le
valutazioni cliniche e gli esami necessari.*

Manduria, li ___ / ___ / _____

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
