

**Allegato 5)**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

genitori del bambino/studente \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_ consapevoli 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,

**DICHIARANO**

Che il proprio figlio/a può essere riammesso/a a 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 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 di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_