



Ministero dell'Istruzione,
U.S.R. per la Campania
Direzione Generale



**Scuola Secondaria Statale di Primo Grado
MASSIMO D'AZEGLIO**

Via Piave, 51 - 80016 Marano di Napoli (NA) Tel. 0817420423 – Fax 0815864471

E-Mail namm32100n@istruzione.it PEC: namm32100n@pec.istruzione.it

Sito web: www.smsdazeglio.edu.it

C.M.: NAMM32100N - C.F. : 80102040633 – Codice Univoco fatturazione elettr.: UFCNHS



Polo Qualità
di Napoli

**AII. 5 – MODIFICATO - ALUNNI
AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER PIU'
DI UN GIORNO E MENO DI CINQUE GIORNI
PER ALUNNI NON SOSPETTI 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 dello 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.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì che il proprio figlio **NON È CONVIVENTE** di soggetti positivi e/o non guariti.

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)