# AUTODICHIARAZIONE RIPRESA ATTIVITA’ DIDATTICHE IN PRESENZA

Il/lasottoscritto/a nato/aa il , eresidentein in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

, nato/aa il ,

frequentante l’ Istituto ITI RIGHI, CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 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**

che **il proprio figlio può essere riammesso** a scuola poiché nel periodo di sospensione delle attività didattiche **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

**né ha avuto contatti stretti**, né, alla luce della nuova normativa attualmente vigente, **contatti definiti “a basso rischio”**, ossia:

* *“una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID- 19, a distanza minore di 2 metri e per meno di 15 minuti;*
* *Una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad es.aula, sala riunione, sala d’attesa e similari) in presenza di un caso Covid - 19 per meno di 15 minuti”*

*In tutti i casi di cui sopra, 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. La riammissione è subordinata, alla luce della nuova normativa vigente, all’esibizione di certificato medico e, in caso di contrazione della malattia, all’attestazione di fine quarantena emessa dall’ASL di appartenenza (a seguito di effettuazione tampone, con esito negativo).*

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)