

## ISTITUTO SUPERIORE "A. RIZZA" - A.S. 2021/22

### Autodichiarazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

#### IN CASO DI MINORI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**GENITORE** dell'alunno (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_,

consapevole di tutte le conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

#### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

*(barrare le caselle interessate)*

- che il sottoscritto/il proprio figlio è stato assente da scuola per motivi non collegati al proprio stato di salute;
- che il sottoscritto/il proprio figlio si è recato dal proprio medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) e che nulla ha riferito circa la necessità di adozione di misure previste dalla normativa COVID-19 (SI ALLEGA EVENTUALE CERTIFICATO MEDICO)
- che il sottoscritto/il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza **NON HA PRESENTATO** e **NON PRESENTA ADESSO** 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 a scuola.*

Si allega copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_