**Modello per l’autodichiarazione richiesta per il rientro a scuola dopo malattia inferiore a:**

**4 giorni per la Scuola dell’Infanzia e 7 giorni per la Scuola Primaria e Secondaria**

**Autocertificazione ai sensi degli art.46 e 46 del DPR n. 445/2000**

**(da inoltrare all’indirizzo di posta elettronica** [**avic88200p@istruzione.it)**](mailto:avic88200p@istruzione.it)

La/il sottoscritta/o: nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore dell’alunna/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritta/o alla classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola (Infanzia/Primaria/Secondaria) di questo Istituto Scolastico

Consapevole

delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazione mendace e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contrasto della diffusione del contagio da COVID-19,

DICHIARA

Che la/il propria/o figlia/o può essere riammesso a scuola perché nel periodo di assenza NON ha presentato i 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*
* *Mal di gola*
* *Cefalea*
* *Mialgie*

Allega documento di riconoscimento in corso di validità

Luogo e data Firma

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*