



ISTITUTO COMPRENSIVO "SAN GIOVANNI BOSCO" - VOLLA (NA)
C.F. : 95170120638 - Cod. Mecc. : NAIC8B800R - Distretto Scolastico N° 33
Dirigenza e Segreteria in Via Napoli, 35 - Tel.: 081/7744805 - Fax: 081/18960474
Plessi scolastici : Via Napoli, 35 : Tel. 081/7745932 - Via Rossi, 35 : Tel. 081/7742412
E-MAIL: naic8b800r@istruzione.it PEC: naic8b800r@pec.istruzione.it SITO WEB: www.icsangianniboscovolla.gov.it

Il/La sottoscritto/a cognome _____ Nome _____
_____ Luogo di nascita _____
_____ Data di nascita _____
_____ genitore del bambino/studente _____
_____ della scuola _____

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/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 _____