**Al Dirigente scolastico dell’I.C. “F. Russo”**

**Al referente Covid-19**

**Agli Atti**

**Oggetto:** autodichiarazione per rientro attività in Presenza per Alunni

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di:

 genitore  tutore  affidatario

dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante il Plesso  INFANZIA  PRIMARIA  I GRADO

Classe Sez.

**DICHIARA CHE**

ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole e delle conseguenze previste per i casi di dichiarazioni mendaci, e **dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,**

* nei 14 giorni antecedenti alla ripresa delle attività didattiche in presenza, **il proprio figlio/a** non ha presentato sintomi riconducibili alla diffusione dell’infezione 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
* A tutt’ oggi non è stato collocato dal Dipartimento di Prevenzione del Distretto ASL territorialmente competente, in quarantena (per essere contatto stretto di caso positivo) o in isolamento domiciliare (per positività alla patologia da COVID-19).
* Non è stato a contatto con persone positive, per quanto di conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

**Si allega copia del documento di identità del dichiarante.**

**Data Firma**