# Allegato n. 1

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’I.C. G.B. Angioletti

di Torre del Greco

**OGGETTO : GIUSTIFICAZIONE DOVUTA A MOTIVI DI SALUTE**

Inferiore a giorni 6 (Scuola primaria e Secondaria I Grado) Inferiore a giorni 4 (Scuola dell'Infanzia)

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Madre) (Padre)

Genitori/Tutori/Affidatario dell’alunna/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della Scuola dell’INFANZIA 🞏 PRIMARIA🞏 SECONDARIA 🞏 Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARANO

 sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del DPR 445/2000, consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevoli dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**che l’alunno/a assente da scuola dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza**

**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

-Faringodinia

-Dispnea.

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

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_