

(Da consegnare il **primo giorno di rientro in presenza** al docente di classe, a conclusione D.AD)

AUTO DICHIARAZIONE RIENTRO A SCUOLA IN PRESENZA – SCUOLA PRIMARIA

- **PRIMARIA (D. A. D dal 11 gennaio 2021)**

I sottoscritti

PADRE (Cognome Nome)_____ Tel_____

MADRE (Cognome Nome)_____ Tel_____

in qualità di genitori (o titolari della responsabilità genitoriale) dell

ALUNNO/A _____ nato/a a _____

il ___/___/___, frequentante la **CLASSE**_____ **PLESSO**_____

consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art 46 D.P.R. n.445\2000 , consapevoli dell'attuale normativa per il contrasto al Covid dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività , al fine del rientro nella comunità scolastica dopo il periodo natalizio e il periodo di didattica a distanza (scuola primaria)

DICHIARANO

1- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna (gennaio 2021) e che qualsiasi sintomo potenzialmente sospetto del minore, riconducibile al Covid 19 è stato e verrà sottoposto al Pediatra Dott. _____(Cognome e Nome) al fine di attivare l'eventuale percorso diagnostico previsto dai protocolli nazionali e regionali;

2- che il minore risulta non essere stato contatto stretto con soggetti positivi al Covid 19 e che nessun convivente del minore, all'interno del nucleo familiare , è sottoposto alla misura della quarantena o in attesa di esito di tampone ;

3- che il minore e nessun componente del suo nucleo familiare è stato in altre Regioni qualificate "zona rossa" o in paesi oggetto di contagio.

4- che il minore durante tutto il periodo di permanenza al proprio domicilio e comunque, negli ultimi 15 giorni, **NON HA PRESENTATO** 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 • Mialgia

(allegare **certificato medico per i casi di alunni che hanno seguito iter diagnostico per Covid 19**)

Palermo _____

Firma dei genitori_____