

Al Dirigente Scolastico
I.O.Nocera Umbra
(per il tramite del Fiduciario di plesso)

**DICHIARAZIONE DEL GENITORE PER RIENTRO A SCUOLA POST-SINTOMI COVID
(dopo valutazione del PLS/MMG)**

AUTOCERTIFICAZIONE ai sensi del DPR 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____

(cognome)

(nome)

nato a _____ (_____) il _____

(luogo)

(prov.)

residente a _____ (_____)

(luogo)

(prov.)

in Via _____ n. _____ Tel. _____

(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- Di aver ripreso il/la proprio/a figlio/a _____ dalla scuola _____, il giorno _____, mentre presentava possibili sintomi da Covid-19 (o di averlo/a fatto/a riprendere da persona delegata)
- Di aver contattato il Pediatra di libera scelta (PLS) o Medico di medicina generale (MMG) per la valutazione clinica del caso.

Dichiara altresì che il/la proprio/a figlio/a:

- non presenta sintomi riconducibili a Covid-19 (febbre, tosse, raffreddore, bruciore agli occhi, mal di gola, difficoltà respiratoria, sintomi gastrointestinali, disturbi del gusto e/o dell'olfatto... come elencati nel Rapporto ISS n. 58/2020)
- non è, né è stato/a posto/a (dal PLS o dal MMG) in isolamento fiduciario o contumaciale
- non ha avuto contatti con casi Covid positivi negli ultimi 14 giorni.

dichiaro inoltre di essere informato , ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs n° 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

....., li

(luogo e data)

Il Dichiarante

.....

(firma)