**Autocertificazione riammissione a scuola (assenza per motivi di salute)**

Il/la sottoscritto/a nato/a a il , residente in    titolare della responsabilità genitoriale dell’alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a il ,

frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del plesso di Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   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, ai sensi del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza

○ HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

* febbre (> 37,5° C)
* SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
* DISSENTERIA
* CONGIUNTIVITE
* FORTE MAL DI TESTA
* ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
* AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
* DOLORI MUSCOLARI
* DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)

1. Il/la pediatra dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **consultato/a dal/llo** sottoscritto/a ha espresso parere favorevole al rientro in classe.
2. Il/la pediatra dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NON ha espresso parere perché NON CONSULTATO dal sottoscritto/a.

○ NON HA PRESENTATO sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19;

Agrate Brianza,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                                     In fede

                                                                                               \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_