**Alla Dirigente Scolastica**

**Dell’ I. C. Rita Levi Montalcini**

**di Gorgonzola**

Il/la sottoscritto/a clicca per inserire cognome nome C.F. clicca per inserire n. CF nato a clicca per inserire Luogo di nascita prov. clicca per inserire provincia di nascita il clicca per inserire data di nascita residente a clicca per inserire residenza CAP clicca per inserire cap. via clicca per inserire via di residenza n° clicca per inserire numero civico

in qualità di  genitori  tutori  altro (specificare) clicca per inserire titolo di parentela dell’alunno/a minorenne clicca per inserire nome e cognome dell’alunno/a frequentante la scuola  Primaria  Sec. di I grado clicca per inserire nome della scuola classe clicca per inserire anno di frequenza sez. clicca per inserire sezione della scuola

# 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 collettività,

**DICHIARA**

che il proprio figlio assente dal giorno Fare clic o toccare qui per immettere una data. può essere riammesso a scuola poiché l’assenza è dovuta a:

Motivi di salute **non legati** alla presenza di sintomatologia riconducibile al CoviD-19, ossia febbre superiore a 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, mialgie \*;

Aver osservato isolamento fiduciario perché provenienti da paesi dichiarato a rischio secondo le indicazioni del Ministero della salute;

Vaccinazione/visita medica/terapie

# Nel caso in cui l’assenza sia dovuta a motivi di cui al punto 1, il/la sottoscritto/a dichiara altresì che:

è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG);

NON è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG).

*\*In presenza di questi sintomi o di contatto con persone positive al Covid per quanto a propria conoscenza negli ultimi 14 giorni il genitore dovrà obbligatoriamente contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.*

Luogo Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Data Fare clic o toccare qui per immettere una data. Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)

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