

ALLEGATO 5

Al Dirigente scolastico
dell'I.C. "G. Marconi" di Battipaglia (SA)

Il/La sottoscritto/a

COGNOME E Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di Nascita _____

Genitore dell'alunno/a _____

Classe _____

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

*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

ALLEGATO 6

Al Dirigente scolastico
dell'I.C. "G.Marconi" di Battipaglia (SA)

Il/La sottoscritto/a

COGNOME E Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di Nascita _____

Genitore del bambino/studente _____

Classe _____

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 la collettività,*

DICHIARA

che l'assenza del figlio da scuola dalal.....
è avvenuta per ragioni diverse da motivi di salute.

Luogo e data _____

Firma
