



DICHIARAZIONE RIENTRO SCOLASTICO

Io sottoscritto _____

genitore dell'alunna/o _____

Sezione _____

consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla NON diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività, DICHIARO che mio figlio/a

- non è positivo/a al COVID-19
- non ha contratto il COVID 19 negli ultimi 14 giorni (in caso il rientro l'alunno deve essere accompagnato da certificato medico attestante la guarigione)
- non è in obbligo di quarantena fiduciaria per contatto stretto con paziente COVID
- non ha avuto contatti stretti con pazienti COVID negli ultimi 14 giorni
- non ha sintomi COVID da almeno 48 ore: febbre, tosse, congestione nasale, sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea) mal di gola, cefalea, mialgia.
- stamattina ha misurato la temperatura ed è risultata < a 37,5 °

In fede

Data

(firma del dichiarante)