



Scuola secondaria di primo grado GIOVANNI PASCOLI

via Tagliamonte n.19/21-80058 Torre Annunziata(NA)

C.F. 82010700639-NAMM50900R-Tel./Fax 0815362468 - sito WEB: www.scuolapascolitorreannunziata.edu.it

e mail istituzionale : namm50900r@istruzione.it e mail PEC : NAMM50900R@PEC.ISTRUZIONE.IT

codice Univoco Ufficio : UFW1PN - Nome ufficio I Uff_eFatturaPA

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

genitore dell'alunno/a _____ classe _____

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 il proprio figlio/a può riprendere la didattica in presenza, poiché **negli ultimi 15 giorni**

1. **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

2. non è stato in contatto con persone risultate positive al tampone per COVID-19.

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 _____

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Daniela Flauto
firma autografa omessa
ai sensi dell'art 3 del d lgs n 39 1993