

## AUTODICHIARAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA DOPO MALATTIA

Al Dirigente Scolastico  
dell'ISIS Paschini - Linusio  
TOLMEZZO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ allievo maggiorenne o genitore/tutore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ presso il Vs Istituto,

- consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci
- **consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione per la tutela della salute della collettività finalizzate a contrastare la diffusione del virus SARS-CoV-2 responsabile della malattia denominata COVID-19**
- **consapevole che i sintomi più comuni della patologia COVID-19 sono:**
  - Febbre superiore ai 37,5°
  - Difficoltà respiratorie
  - Rinorrea/congestione nasale
  - Congiuntivite
  - Sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea...)
  - Alterazione di gusto/olfatto
  - Mal di gola
  - Cefalea
  - Mialgie

### **DICHIARA**

che sé stesso (se allievo maggiorenne) o il proprio figlio/a  
(barrare una delle due caselle)

NON HA PRESENTATO ALCUNO TRA I SINTOMI ELENCATI

HA PRESENTATO ALCUNI TRA I SINTOMI ELENCATI e:

- È stato sentito il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) Dott. \_\_\_\_\_
- Sono state scrupolosamente seguite le indicazioni fornite dal PDL/MMG
- il PLS/MMG non ha presentato obiezioni al rientro a scuola a partire dal giorno \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

**la riammissione propria (se allievo maggiorenne) o del proprio/a figlio/a al servizio scuola**

Inoltre il sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa privacy pubblicata sul sito nell'apposita sezione.

Solo per genitori/tutori: Consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in accordo con l'altro genitore, opportunamente informato, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ In fede \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico PRENDE ATTO della presente  
autocertificazione e riammette al servizio scuola

TOLMEZZO \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_