Al DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’I.S. *“B. Munari”*

di Acerra (NA)

**OGGETTO**: GIUSTIFICAZIONE ASSENZA DOVUTA A MOTIVI DI SALUTE

Inferiore a giorni **6**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Madre) (Padre)

Genitori/Tutori/Affidatario dell’alunna/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_\_\_

□ Liceo Artistico □ Liceo Scienze Umane □ Liceo Musicale

DICHIARANO

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del DPR 445/2000, consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevoli dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività

che l’alunno/a, assente da scuola dal \_ \_ / \_ \_ / 20\_ \_ al \_ \_ / \_ \_ / 20\_ \_ per complessivi n. \_ giorni, può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

* febbre superiore a 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;
* faringodinia;
* dispnea.

**In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il pediatra di famiglia/medici di medicina generale per le valutazioni cliniche e gli esami necessari prima della riammissione a scuola**

Firma della Madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_