

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000
AI FINI DELLA RIAMMISSIONE DOPO ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE**

Nome e cognome :

(se alunno classe/sezione :))

Il/La sottoscritto/a, consapevole della responsabilità civile e penale e degli effetti amministrativi in caso di dichiarazione mendace, consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla contrasto alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di essere stato/a assente per dal al per un totale di giorni
- Di aver osservato tutte le prescrizioni del medico curante e di poter riprendere la frequenza della scuola poiché non sussistono condizioni incompatibili con la permanenza in collettività. In particolare dichiara:
 - o Di essere in buona salute e non presentare sintomi influenzali o parainflenziali compatibili con il Covid¹;
 - o Di non essere stato sottoposto alla misura della quarantena e di non essere attualmente positivo al COVID-19;
- dichiara di aver letto il protocollo di Istituto relativo all'emergenza Covid e di accettarlo integralmente;
- esprime il proprio consenso al trattamento da parte della scuola dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione nei limiti previsti dalla legge.

Verona,

Firma

¹ Sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/ipsomia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie