



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DE NICOLA - SASSO"

C.so Vittorio Emanuele,77 - 80059 TORRE DEL GRECO (NA)

Cod. Fisc. 95170080634 - Cod. Mecc. NAIC8CS00C

Ambito territoriale 21 - Tel./ Fax 081 882 65 00

e-mail :naic8cs00c@istruzione.it - [http:// www.icsdenicolasasso.edu.it](http://www.icsdenicolasasso.edu.it)

PEC: naic8cs00c@pec.istruzione.it

CERTIFICATA SGQ UNI - EN - ISO 9004:2009



M.I.U.R.
U.S.R. per la Campania
Direzione Generale



Polo Qualità di Napoli

ALLEGATO C

All'ICS "De Nicola-Sasso"
C.so V.Emanuele 77
80059 - Torre del Greco (NA)

AUTOCERTIFICAZIONE

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

Il sottoscritto cognome _____ nome _____

nato il _____ a _____ e residente a _____

in Via _____ tutore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della scuola dell'infanzia / primaria / secondaria di primo grado 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 l'assenza del/la figlio/a dal _____ al _____ è avvenuta per ragioni diverse da motivi di salute e che può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza dello/a stesso/a NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per SARS-COV-2 :

- 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

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.

In fede

Torre del Greco, _____

firma leggibile



PROCEDURA DI SICUREZZA COVID 19

