

Ministero dell'Istruzione



Istituto Comprensivo Statale
E. Falchetti - Apice



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado

Piazza della Sapienza - 82021 APICE (BN) - Tel.-fax- 0824-922063 - C.M. - BNIC81700B
C.F. 92028910625 - Con sede staccata comune di Paduli (BN) Web - <https://www.icapice.edu.it>

Prot.n. 10150/A13a

Apice, 06.L10.2020

Ai Docenti delle scuole di ogni ordine e grado

Al DSGA

Al personale Ata

Ai Genitori

Al Sito

Alla Bacheca

Agli Atti

Oggetto: Emergenza Covid - 19 - " Rientro a scuola in sicurezza " indicazioni operative della Regione Campania - INTEGRAZIONE

A parziale modifica di quanto trasmesso ed a seguito di ulteriore precisazione da parte della Regione Campania si allega alla presente il nuovo format dell'allegato 5 che pertanto deve essere utilizzato in sostituzione dell'allegato 5 di cui alla nota di questa istituzione scolastica n. 9838/A13a dell'01.10.2020.



Il Dirigente Scolastico

Anna SIGNORIELLO

firma autografa sostituita

a mezzo stampa, art. 3, comma 2 del d.lgs. n. 39/1993

Allegato 5)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

genitore dello studente _____

classe _____ sez. _____ della scuola _____

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/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza dallo stesso **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

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 _____