



All'Unione Europea



Repubblica Italiana



Regione Sicilia



Licei Scientifico - Sc. Applicate
Classico - Sc. Umane - Linguistico

ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "L. SCIASCIA"

Sede Principale C.da Muti tel. 0941701720 Fax 0941702914 Sede Staccata C.da Cannamelata tel. 0941702106 - 98076 Sant'Agata Militello (Me)

Sito www.liceosciasciafermi.edu.it E-Mail meis00300q@istruzione.it - meis00300q@pec.istruzione.it

Cod. Min. MEIS00300Q C. F. 95001840834 Codice Univoco UFMRDG

Allegato 1

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

, e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

, nato/a a _____ il _____

, frequentante la classe _____ del Liceo _____

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 collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/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 respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- 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 al servizio/scuola.

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)
