

MODULO RIENTRO A SCUOLA ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE

Al Dirigente Scolastico  
Prof. Giampiero CERRI  
[covid19@icbotticino.edu.it](mailto:covid19@icbotticino.edu.it)

Il Sottoscritto

NOME e COGNOME:	
DATA DI NASCITA:	

Genitore dell'Alunno/a:

NOME e COGNOME	
DATA DI NASCITA:	
PLESSO / CLASSE:	

consapevoli/e di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevoli/e dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

NON HA PRESENTATO SINTOMI COVID-19

(crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche COVID-19)

HA PRESENTATO SINTOMI COVID-19

(a titolo puramente indicativo - 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)

A SCUOLA: è stata applicata la procedura prevista dalla norma vigente:

“Il genitore ha accompagnato il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione e comunque ha preso contatti con il proprio Pediatra di Libera Scelta”

A DOMICILIO: è stata applicata la procedura prevista dalla norma vigente:

“Il genitore del bambino ha contattato nel più breve tempo possibile il proprio Pediatra di Libera Scelta. In caso di indicazione di sottoporre il figlio a tampone, il genitore ha accompagnato il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione”

PUÒ ESSERE RIAMMESSO IN COMUNITÀ DOPO PERIODO DI QUARANTENA PER POSITIVITÀ AL COVID O PER CONTATTO STRETTO CON CASO POSITIVO (si allega provvedimento di fine quarantena e/o esito di tampone negativo)

PRIMA DEL RIENTRO SCOLASTICO

è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)

sono state seguite le prescrizioni procedurali dell'ATS di Brescia e di PLS / MMG

il bambino/a non presenta più sintomi o altre situazioni ostative al rientro previste da ATS.

data .....

firma .....