



**DIREZIONE DIDATTICA STATALE "A. MORO"**

P.zza dei Martiri, n. 2 - 84078 Vallo della Lucania (SA) - tel 0974.375896 - C.F. 84002780652

[www.circolodidatticovallodellalucania.edu.it](http://www.circolodidatticovallodellalucania.edu.it) - saee178007@pec.istruzione.it -

saee178007@istruzione.it

Al Dirigente scolastico  
Della Direzione Didattica  
"Aldo Moro" di Vallo della Lucania

**OGGETTO: Attestazione rientro a scuola a seguito di uscita anticipata per sintomi riconducibili a Covid-19 o per assenza per sintomatologia compatibile con Covid -19 (inferiore ai 4 giorni Scuola Infanzia e inferiore ai 6 giorni Scuola Primaria). ALLEGATO 3.**

Alunno/a _____ (cognome e nome)
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ e domiciliato/a _____
Frequentante la scuola _____ classe _____ sezione _____

Il/I sottoscritto/i genitori/tutori/esercanti potestà genitoriale dell'alunno/a suddetto/a

Genitore 1 (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_  
da \_\_\_\_\_

Genitore 2 (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_  
da \_\_\_\_\_

consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARANO**

di aver **prelevato da scuola** il proprio/a figlio/a il giorno \_\_\_\_\_ per **sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19**, ovvero:

- Febbre (> 37,5° C)



## DIREZIONE DIDATTICA STATALE "A. MORO"

P.zza dei Martiri, n. 2 - 84078 Vallo della Lucania (SA) - tel 0974.375896 - C.F. 84002780652

[www.circolodidatticovallodellalucania.edu.it](http://www.circolodidatticovallodellalucania.edu.it) - saee178007@pec.istruzione.it -

saae178007@istruzione.it

- Tosse
- Difficoltà respiratoria
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito/diarrea)
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- Mal di gola
- Cefalea
- Mialgie

E che in data \_\_\_\_\_ hanno contattato il pediatra di libera Scelta (nome e cognome) \_\_\_\_\_ o Medico di Medicina Generale (nome e cognome) \_\_\_\_\_ con ambulatorio nel comune di \_\_\_\_\_, il quale ha ritenuto che i sintomi presentati dall'alunno/a (febbre, tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali, faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/congestione nasale, secondo l'ECDC 31 luglio 2020) che hanno causato l'allontanamento da scuola, **NON** siano riconducibili a COVID-19 e che, pertanto, lo stesso Medico **NON** abbia ritenuto necessario l'esecuzione del test diagnostico.

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

### FIRME DEI GENITORI/TUTORI/ESERCENTI POTESTÀ' GENITORIALE

Nel caso in cui l'autorizzazione riporti un'unica firma "il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Genitore \_\_\_\_\_ Genitore \_\_\_\_\_

*Restituire il modulo firmato agli insegnanti che provvederanno a consegnarlo in segreteria*