



Ambito 20

**DIREZIONE DIDATTICA STATALE 2° CIRCOLO**

80047 SAN GIUSEPPE VESUVIANO (NA) – Via S. Leonardo, 2 – Tel. e Fax 081.827.19.88

cod. mecc. NAEE17800R – CF 92019830634 - Cod. Fatt. Ell. UFL9ON

e-mail: [naee17800r@istruzione.it](mailto:naee17800r@istruzione.it) pec: [naee17800r.sgv@pec.it](mailto:naee17800r.sgv@pec.it); [www.2cdsangiuseppevesuviano.edu.it](http://www.2cdsangiuseppevesuviano.edu.it)

**AUTODICHIARAZIONE DA RENDERE ALL'APERTURA DELLA SCUOLA DAGLI ALUNNI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e residente in

\_\_\_\_\_ codice fiscale

\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ in qualità di genitore

dell'alunno \_\_\_\_\_ di questa Istituzione scolastica,

plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, **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 al momento della presente dichiarazione resa e consegnata in data \_\_\_\_\_ prima dell'inizio delle lezioni nel plesso \_\_\_\_\_ il/a proprio figlio/a NON PRESENTA alcuno dei 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

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)