

Associazione Scuola Cattolica "E. Vendramini"

Sede: 36061 Bassano del Grappa (VI) – Via Col Fagheron 65 – tel. 0424 511584
e-mail: direzione@istitutovendramini.com- segreteria@istitutovendramini.com

Codice Fiscale e Partita IVA: 02009030244

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 _____,

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)
