

## ISTITUTO COMPRESIVO CORINALDO

Il genitore – (Il responsabile della titolarità genitoriale) sottoscritto

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

dell'alunno

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

dell'Istituto Comprensivo Corinaldo è stato chiamato telefonicamente dai docenti di classe poiché il/la

**propri figli ha manifestato i seguenti sintomi:**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| • Febbre/febbicola  | SI | NO |
| • Tosse e/o difficoltà respiratorie<br>mal di gola/raffreddore/<br>congestione nasale | SI | NO |
| • Malessere, astenia  | SI | NO |
| • Cefalea   | SI | NO |
| • Congiuntivite   | SI | NO |
| • Sangue da naso/bocca  | SI | NO |
| • Vomito e/o diarrea  | SI | NO |
| • Inappetenza/anoressia   | SI | NO |
| • Confusione/vertigini  | SI | NO |
| • Perdita/alterazione dell'Olfatto  | SI | NO |
| • Disturbi dell'olfatto e o del gusto   | SI | NO |
| •   |    |    |

Il genitore – (Il responsabile della titolarità genitoriale) sottoscritto è obbligato secondo il vigente Regolamento di Istituto a contattare il Pediatra di Libera Scelta dottor/essa \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ per la valutazione clinica (trriage telefonico).

**Il genitore sottoscritto è consapevole che la riammissione a scuola del/della propri \_ figli \_ sarà possibile solo tramite la presentazione di certificazione medica rilasciata dal pediatra di Libera Scelta.**

**Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76de1 D.P.R.28 dicembre 2000 n.445**

DATA \_\_\_\_\_

Firma del familiare/ tutore/curatore/amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_

**Una copia di questo modulo va tenuta a scuola nel registro di classe e una copia va consegnata al genitore**