 

*Ministero dell’ Istruzione*

Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia

**Istituto Comprensivo Statale "*L. DA VINCI*"**

Via L. Da Vinci, 73 - 20812 Limbiate (MB) - tel. 02/99055908

Cod. mecc. MBIC8GC002 – Codice Fiscale 83011180151 - [www.leolimbiate.edu.it](http://www.leolimbiate.edu.it/)

AUTODICHIARAZIONE RIENTRO A SCUOLA

Il/la sottoscritto/a in qualità di genitore (o titolare della

responsabilità genitoriale) di

della scuola

 classe 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 la collettività,

# chiede

che il proprio figlio/a possa essere riammesso a scuola .

A tal fine

# dichiara che il/la proprio/a figlio/a

dal…………………………………….al non ha manifestato sintomatologia

riconducibile a COVID 19

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

* è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)dottor/ssa
* sono state seguite le indicazioni fornite
* l’alunno/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
* la temperatura misurata prima dell’avvio a scuola non è superiore a 37.5 °C Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)