



**ISTITUTO COMPRENSIVO CAPACCIO CAPOLUOGO
"COSTABILE CARDUCCI"**

Via Fratelli Arenella, 29 - 84047 Capaccio (SA) – Tel/Fax 0828.821040
C.M.: SAIC8AY00L – C. F.: 90021760658 Codice Univoco UFBB6T

E-mai / SAIC8AY00L@ISTRUZIONE.IT capaccioprimo@libero.it
PEC: SAIC8AY00L@PEC.ISTRUZIONE.IT WEB: www.iccapacciocapoluogo.edu.it

Modulo 2

Al Dirigente Scolastico
I.C. Capaccio Capoluogo CARDUCCI
Via F.lli Arenella 84047 Capaccio Paestum(SA)

AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE/TUTORE

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____ Luogo di
nascita _____ Data di nascita _____ genitore del
bambino/studente _____ della scuola
_____ Plesso _____
assente dal _____ al _____

***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/a **negli ultimi 14 giorni NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi
potenzialmente sospetti per COVID-19

- Febbre (> 37,5°C)
- Tosse
- Difficoltà respiratoria
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Sintomi gastrointestinali(nausea/vomito/diarrea)
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto(ageusia/disgeusia)
- 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 a scuola.*

Luogo e data _____ Firma _____

Alla presente si allega copia di un documento d'identità in corso di validità.