

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

PER IL BAMBINO/A CHE VIENE A SCUOLA

COMPILATA DAI GENITORI

IO SOTTOSCRITTO/A

PDRE/MADRE DEL BAMBINO/A.....

.....FREQUENTANTE LA SCUOLA DELL'INFANZIA SAN
PAOLO DELLE SUORE ANGELICHE

DICHIARO

SOTTO MIA RESPOABILITA'

CHE

MIO FIGLIO/A.....

SEZ. INSEGNANTE.....

Non è affetto da COVID 19 o di non essere sottoposto a periodo di quarantena di almeno 14 giorni

Di non essere attualmente affetto da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5 C

Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria,raffredore,ma di gola, forte stanchezza, diminuzione di perdita olfatto/gusto, diarrea

Di non aver avuto conatti stretti con persona affetti da COVID 19

Il sottoscritto inoltre si impegna di comunicare alla scuola l'eventuale dei sintomi sovraindicati oltre che all'Autorità Sanitaria locale.

FIRMA DEL GENITORE

Trani ____ / ____ / ____