



I. C. PACCHIOTTI/REVEL

Istituto Comprensivo PACCHIOTTI /REVEL
Via Ottavio Revel 8 – 10121 TORINO
TOIC8B500Q@ISTRUZIONE.IT
Tel. 011/533515 – 530543
Sito : www.icpacchiotti-viarevel.edu.it
C.F.97845930011

AUTODICHIARAZIONE RIENTRO A SCUOLA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

_____, nato/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/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

☐ NON HA PRESENTATO (crocettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)

☐ HA PRESENTATO SINTOMI

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 / ASL _____

☐ sono state seguite le indicazioni fornite

☐ il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore

☐ la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____