**al Rettore/Dirigente Scolastico**

**Convitto Nazionale “Longone” - Milano**

AUTODICHIARAZIONE RIAMMISSIONE A SCUOLA

I sottoscritti

nato/a a il , e residente in

e

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a il , e residente in

in qualità di genitori/tutori di ,

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il Convitto Longone,

consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevoli dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

# DICHIARANO

che il proprio figlio/a può essere riammesso a scuola in quanto sono trascorsi 14 giorni dall’ultimo contatto con un soggetto risultato positivo al COVID-19 e, nel corso del periodo di isolamento, non si è manifestato alcuno tra i seguenti sintomi:

* + SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
  + DISSENTERIA
  + CONGIUNTIVITE
  + FORTE MAL DI TESTA
  + ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
  + AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
  + DOLORI MUSCOLARI
  + DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
  + FEBBRE ≥ 37,5°

Luogo e data

I genitori/tutori