Allegato 4)

**Autodichiarazione di avvenuta guarigione da malattia (da 1 a 5 giorni) con sintomi diversi da COVID19**

(da compilare a cura del Dipendente)

(per dipendenti che hanno mostrato sintomi diversi da COVID19, che sono guariti e sono rientrati a scuola dopo un massimo di cinque giorni di assenza per malattia)

Il/La sottoscritto/a cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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,

DICHIARA

di avere preso contatto con il medico curante dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di avere seguito le sue indicazioni e di poter essere riammesso a scuola.

Data/Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dipendente

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