**All. 2**

**Al Dirigente dell’I.C.Manzoni-Poli**

**Oggetto: Autocertificazione allergie respiratorie.**

Isottoscritti (madre)

 (padre)

genitoridell’alunno/a

frequentantelaclasse: anno scolastico 2020-2021 di questa Istituzione Scolastica,

nell’ordine di scuola:

* INFANZIA Agazzi Don Milani Gagliardi-Gadaleta P. Harris S. Pio
* PRIMARIA C. Alberto G. Cozzoli
* SECONDARIA I GRADO G.S.Poli

ritengono di dover segnalare che, a tutela della salute del proprio figlio\a al fine di una corretta valutazione dei sintomi per la prevenzione della diffusione del virus COVID19, che il predetto è affetto da rinite allergica, o altra allergia con sintomi respiratori.

 A tal fine allegano certificato del proprio medico curante /pediatra (N.B. Non è obbligatorio).

I sottoscritti danno il consenso ad una più frequente misurazione della temperatura, in presenza di sintomi respiratori. Si precisa inoltre che….

..................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione.

Per qualsiasi informazione contattare il seguente numero telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma di entrambi i genitori

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

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