

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO/A
IN CASO DI SOSPENSIONE DIDATTICA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente in _____ e il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____, residente in _____ in qualità di
genitori/tutori dell'alunno/a _____, nato/a _____
il _____

DICHIARANO

ai sensi della normativa vigente in materia, e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, (ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000), **di aver rispettato le misure sanitarie contenute nei Provvedimenti inviati dal Dipartimento di Prevenzione dell'Asl e, in specifico (barrare l'opzione corrispondente alla condizione dell'alunno/a):**

- la quarantena di 5 giorni, al termine della quale è stato eseguito un tampone molecolare o antigenico negativo, il cui referto dovrà essere allegato alla presente Autocertificazione;
- la quarantena di 10 giorni, al termine della quale è stato eseguito un tampone molecolare o antigenico negativo, il cui referto dovrà essere allegato alla presente Autocertificazione;
- la quarantena di 14 giorni, senza esecuzione di un tampone molecolare o antigenico di controllo;
- l'auto-sorveglianza in assenza di quarantena.

I sottoscritti dichiarano inoltre che l'alunno/a, nei suddetti periodi di quarantena o auto-sorveglianza, **NON ha manifestato sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19** (febbre > 37,5° OPPURE sintomi respiratori OPPURE sintomi gastroenterici) e chiede pertanto la sua riammissione presso la scuola.

Data _____

Firma della madre / tutore 1

Firma del padre / tutore 2

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.