

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE E GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI**

**IN CASO DI ASSENZA PER QUARANTENA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CF. \_\_\_\_\_

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

Dello/a alunno/a \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CF. \_\_\_\_\_

oppure

in quanto operatore scolastico

Assente dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

**DICHIARA**

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, si sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000:

di aver rispettato e concluso il periodo di quarantena previsto dal Dipartimento di Prevenzione dell'ATS, durante il quale NON ha manifestato sintomi riconducibili all'infezione da Covid-19 (febbre > 37,5° OPPURE sintomi respiratori OPPURE sintomi gastroenterici);

di non essere stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare;

di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;

di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale

dott. \_\_\_\_\_ al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

CHIEDE LA RIAMMISSIONE PRESSO LA SCUOLA/IL SERVIZIO EDUCATIVO DELL'INFANZIA

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

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

Operatore scolastico