

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA IN CASO DI ASSENZA PER QUARANTENA.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente in _____

C.F. _____ in qualità di genitore (o titolare della
responsabilità genitoriale) di _____ nato/a a _____ il
_____ residente in _____

C.F. _____ 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, ai 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
della ASL, 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
famigliare; 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 DELL'INFANZIA PELLIZZARI

Data _____

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

Operatore scolastico
