Al Dirigente Scolastico

I.C. Delianuova

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO DA QUARANTENA

Il/La sottoscritto/a in qualità di genitore/tutore

legale dell’alunno/a frequentante la classe \_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_plesso ,assente da scuola dal giorno \_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in casi di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art.76 del DPR 445/200, e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il proprio/a figlio/a non ha interrotto l’isolamento al domicilio a scopo precauzionale, come disposto da ATS, non ha presentato sintomi sospetti per COVID-19 durante il periodo prescritto e non è stato effettuato il tampone/è stato effettuato tampone con esito negativo in data

…………………………………..

Sentito il parere del medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) chiede che il proprio figlio/a possa essere riammesso/a a scuola.

Luogo e data,

Firma