

**AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
AMMISSIONE A SCUOLA DOPO LA QUARANTENA
CON/ SENZA TAMPONE
STUDENTE**

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a _____ (____),

il ___/___/_____, C.F. _____,

in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale tutore soggetto affidatario ai sensi della Legge n. 184/1983, dell'alunno/a _____

nato/a a _____ (____),

il ___/___/_____, C.F. _____, frequentante, nell'A.S.

2020/2021, la Classe _____ sez. _____ plesso _____ di codesto Istituto,

destinatario/a di provvedimento di quarantena dal ___/___/20__ al ___/___/20__, ai sensi degli artt. 46

e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità

in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARO che mio/a figlio/a

- si è scrupolosamente attenuto/a alle prescrizioni indicate dal Dipartimento della prevenzione nel citato provvedimento di quarantena;
- che, durante tutto il periodo di quarantena, in quanto "CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO", non vi è stato alcun mutamento delle condizioni cliniche né comparsa di sintomi ¹ascrivibili al Covid-19 che avrebbero comportato immediata segnalazione al medico curante;
- che ha effettuato un tampone in data _____ con esito negativo (allegato)
 OPPURE
- l'insussistenza, negli ultimi 14 giorni, delle seguenti condizioni di pericolo che precludono l'accesso di mio/a figlio/a in ogni plesso scolastico:
 - ✓ sintomi di influenza e/o temperatura oltre 37,5 °C;
 - ✓ avere avuto contatti con soggetti risultati positivi al Covid-19 (persone malate e/o contagiate) per quanto di mia conoscenza;
 - ✓ avere avuto contatti con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS

Penne, ___/___/2020

Firma _____

¹Febbre, tosse, mal di gola, disturbi respiratori, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto, diminuzione dell'olfatto, congestione nasale.