

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

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a _____ (____),

il ____/____/_____, C.F. _____,

in qualità di **DOCENTE** a Tempo _____ 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,

DICHIARA

che

- si è scrupolosamente attenuto/a alle prescrizioni indicate dal Dipartimento della prevenzione nel citato provvedimento di quarantena;
- 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;
- 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 _____

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