

DICHIARAZIONE PERSONALE – AUTOCERTIFICAZIONE

AMMISSIONE A SCUOLA DOPO QUARANTENA DI 14 GIORNI SENZA TAMPONE GENITORI PER STUDENTI/STUDENTESSE MINORENNI CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO *ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000*

Nel caso di quarantena disposta dal DdP o in caso di autoisolamento precauzionale comunicato verbalmente dalla ASL, qualora NON si abbia ricevuto alcun provvedimento ufficiale del DdP, ma siano trascorsi comunque 14 giorni dall'ultimo contatto stretto con un soggetto positivo a SARS-CoV-2, SOLO SE si rientra tra i casi ASINTOMATICI e avendo scrupolosamente rispettato le prescrizioni della quarantena, si ritiene possibile rientrare a Scuola compilando il seguente modulo di autocertificazione che contempla le condizioni previste per il rientro in comunità/scuola, secondo le disposizioni della Circolare del Mds n. 2850 del 12/10/2020, di seguito riportato.

I sottoscritt_ _____, nat_ a _____
(___), il _____, in qualità di genitore/tutore dell_ student_ _____ della
classe/sezione _____,
destinatario/a di provvedimento di quarantena ufficiale o di isolamento precauzionale 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 L_ STUDENT_

- è stato/a destinatario/a di provvedimento di quarantena o di isolamento precauzionale dal ___/___/20___ al ___/___/20___;
- si è attenuto/a alle prescrizioni indicate dal Dipartimento o concordate con la Scuola a seguito di comunicazione del Dipartimento della prevenzione;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che, durante tutto il periodo di quarantena, in quanto “CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO”, non ha manifestato alcun mutamento delle condizioni cliniche né comparsa di sintomi ascrivibili al Covid-19 che avrebbero comportato immediata segnalazione al medico curante;
- non ha ricevuto alcuna comunicazione successiva da parte del DdP e/o dal mio PdF/MMG/Medico curante;
- negli ultimi 14 giorni, non ha rilevato condizioni di pericolo che mi precludono l'accesso in ogni plesso scolastico:
 - febbre (> 37,5° C)
 - tosse
 - difficoltà respiratorie
 - congiuntivite
 - rinorrea/congestione nasale
 - sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
 - perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
 - perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
 - mal di gola
 - cefalea
 - mialgie
- non ha avuto contatti con soggetti risultati positivi al Covid-19 (persone malate e/o contagiate) per quanto di mia conoscenza;
- di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale, Dott. _____ al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
