

OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO IN COMUNITA' SCOLASTICA

Il/La sottoscritto/a

cognome _____ nome _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

residente in _____ via _____

C.F.: _____

genitore/tutore

dell'alunno/a _____ frequentante

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola Secondaria I grado

classe _____ sez. _____ dell'Istituto,

Assente dal _____ al _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 445/00 e s.m.i., e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione del COVID-19 per la tutela della salute della collettività

DICHIARA

- Di aver rispettato e concluso il periodo di Sorveglianza con Testing disposto dal Dipartimento di Prevenzione/ASL durante il quale non ha manifestato sintomatologia riconducibile al Covid 19
- Di aver effettuato un tampone orofaringeo Antigenico/Molecolare risultato NEGATIVO disposto dal Dipartimento di Prevenzione al termine della Sorveglianza con Testing, in data _____, presso _____ (allegare referto)
- Di aver consultato il proprio PLS/MMG Dott. _____ al quale sono stati riferiti lo stato di salute generale e le procedure di sorveglianza seguite.

Pertanto

RICHIEDE

LA RIAMMISSIONE IN COMUNITA' SCOLASTICA.

Luogo e data _____

Firma _____