AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA DOPO CASO DI POSITIVITÀ/QUARANTENA DOMICILIARE

da inviare via mail a fgic876009@istruzione.it

Il sottoscritto

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome |
|  |  |  |
| Data di nascita |  | Istituto |
|  |  |  |
| Plesso  |  | Recapito telefonico (facoltativo) |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Dipendente della scuola** |
|  | * Docente
 | Plesso |  | Classi |  |  |  |
|  | * Assistente amministrativo
 |  |  |  |  |
|  | * Collaboratore scolastico
 | Plesso |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Genitore dell’alunno** |  |  |  |
|  |  |  | Nome |  | Cognome |
|  | Classe |  | sezione |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000)**

**DICHIARA**

che, nei confronti del sottoscritto/del proprio figlio, alla data odierna, non è vigente alcun provvedimento di

|  |  |
| --- | --- |
|  | isolamento domiciliare obbligatorio per positività al virus SarsCov 19 |
|  |  |
|  | quarantena domiciliare con isolamento fiduciario |

**Pertanto, chiede la RIAMMISSIONE A SCUOLA**

Allega alla presente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | CERTIFICATO MEDICO di riammissione in comunità rilasciato da MMG o ASL o Pediatra  |
|  |  | ESITO TAMPONE NEGATIVO |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| firma |
|  |
| Digitare il nome seguito dal cognome |