Istituto Comprensivo “Giovanni Gabrieli”, Mirano (VE)

via Paganini 2/a; 30035 Mirano (VE) - Tel: 041431407

e-mail: veic85600q@istruzione.it – PEC: veic85600q@pec.istruzione.it

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL’ALUNNO/A A SCUOLA

IN CASO DI ASSENZA PER QUARANTENA

Il/la sottoscritto/a nato/a a \_il

e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.

Ai sensi della normativa vigente in materia e 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):

* di aver rispettato e concluso il periodo di quarantena previsto dal Dipartimento di Prevenzione della ASL, durante il quale NON ha manifestato sintomi riconducibili all’infezione da Covid 19 (febbre > 37,5° OPPURE sintomi respiratori OPPURE sintomi gastroenterici);
* di non essere stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all’interno del gruppo famigliare;
* di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
* di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

CHIEDE LA RIAMMISSIONE PRESSO LA SCUOLA.

Data

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_