DICHIARAZIONE PERSONALE

Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà

Autocertificazione ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore/Tutore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che l'assenza dell’alunno dei giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ è stata determinata come caso positivo COVID 19 (a seguito di tampone) per un periodo di 14 gg di quarantena, ha l’effettuato il tampone con attestazione del medico curante/pediatra

❒ è stata determinata come contatto stretto di caso positivo a COVID in ambito scolastico, ha osservato il periodo di quarantena della classe (comunicato dalla scuola) per il periodo di 14 giorni dall’ ultimo contatto accertato di caso positivo ed ha effettuato il tampone con esito............................. ed è stata rilasciata attestazione del medico curante

❒ è stata determinata come contatto stretto di caso positivo a COVID in ambito scolastico, ha osservato il periodo di quarantena della classe (comunicato dalla scuola) per il periodo di 14 giorni dall’ ultimo contatto accertato di caso positivo ed non ha effettuato il tampone in quanto non ha avuto nessun sintomo riconducibile a Covid (per prudenza è meglio eseguire il tampone che può essere effettuato recandosi ai punti dedicati per le scuole e indicati sul portale dell’ ats)

❒ è stata determinata da periodo di quarantena per un periodo di 14 giorni dall’ ultima esposizione al caso in quanto CONTATTO STRETTO DI CASO POSIVO FUORI DALL’AMBITO SCOLASTICO ed ha effettuato tampone con esito …………………………… con attestazione del medico curante/pediatra

❒ è stata determinata da malattia non riconducibile a covid e ci si è attenuto alle indicazioni del medico curante/pediatra

❒ è stata determinata da altri motivi .......................................................

DICHIARA inoltre

❒ che l’alunno non presenta sintomi riconducibili a Covid in data odierna e nei tre giorni precedenti alla riammissione alla comunità scolastico

La presente dichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l’emergenza pandemica del SARS-CoV-2.

Sesto San Giovanni, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile del docente Firma leggibile del genitore

------------------------------------------------------ -----------------------------------------------

I dati raccolti verranno trattati nel rispetto del GDPR 2016/679 e del DLgs. 196/2003 e ss.mm.ii. -