

*Autocertificazione per il rientro dell'alunno nell'ambito dei servizi educativi dell'infanzia, nelle scuole di ogni ordine grado e nei percorsi di istruzione e formazione professionali (IEFP)*

**IN CASO DI ASSENZA PER QUARANTENA DI ALUNNO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

ASSENTE dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

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 essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che l'alunno ha 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);
- che l'alunno non è stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare;

ovvero

- che è stato a contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare ma ha rispettato il periodo di quarantena previsto per i contatti conviventi con soggetti positivi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Il periodo di quarantena previsto per i contatti di soggetti positivi viene valutato dal DP in base allo stato vaccinale, alla tipologia dell'esposizione al caso confermato ed all'eventuale esito del test eseguito al termine della quarantena, laddove previsto



---

Dopo aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_  
al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

Di aver proceduto all'effettuazione di test diagnostico antigenico o molecolare per COVID-19 disposto dalla normativa nazionale e regionale, di cui si allega l'esito negativo

**CHIEDE LA RIAMMISSIONE DELL'ALUNNO PRESSO LA SCUOLA/IL SERVIZIO EDUCATIVO DELL'INFANZIA.**

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della  
responsabilità genitoriale