



Modulo 2

Al Dirigente Scolastico

**AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO QUARANTENA FIDUCIARIA
STUDENTE CONTATTO STRETTO/AD ALTO RISCHIO ASINTOMATICO**

Ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000

Io sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (_____), il _____, genitore/tutore
dell'alunno/a _____ nato/a a
_____ (_____) il _____ frequentante,
nell'A.S. 2021/2022, la classe _____ della scuola _____, destinatario/a
di provvedimento di quarantena del Dipartimento di Prevenzione, con atto formale prot. n. _____,
oppure tramite contatto telefonico del DdP avvenuto in data _____, ai sensi degli artt.
46 e 47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di
falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARO

che mio figlio/a _____

- è stato/a destinatario/a di provvedimento di quarantena dal _____ al _____;
- si è scrupolosamente attenuto/a alle prescrizioni indicate dal Dipartimento di Prevenzione nel citato provvedimento di quarantena;
- che, durante tutto il periodo di quarantena, in quanto "CONTATTO STRETTO/AD ALTO RISCHIO ASINTOMATICO", non vi è stato alcun mutamento nelle condizioni cliniche né comparsa di sintomi ascrivibili al Covid-19 che avrebbero comportato immediata segnalazione al medico curante;
- di non aver ricevuto alcuna comunicazione successiva da parte del DdP e/o dal mio PdF/MMG7Medico curante;
- l'insussistenza, negli ultimi 14 giorni, delle seguenti condizioni di pericolo che precludono l'accesso di mio/a figlio/a in ogni plesso scolastico:
 - sintomi di influenza e/o temperatura oltre 37,5°C;
 - aver avuto contatti con soggetti risultati positivi al Covid-19 (persone malate e/o contagiate) per quanto di mia conoscenza;
 - aver avuto contatti con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

Data

Firma
