



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "L.FIBONACCI"

SCUOLA INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO

Via M. Lalli 4 - 56127- Pisa • Tel. 050 580 700 • FAX 050 313 642 7 • Cod. fiscale 800 055 705 04

pec: [piic831007@pec.istruzione.it](mailto:piic831007@pec.istruzione.it) • email: [piic831007@istruzione.it](mailto:piic831007@istruzione.it)



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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_