AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO AMEDEO MOSCATI

PONTECAGNANO FAIANO

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL’ALUNNO NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO

**IN CASO DI ASSENZA PER SORVEGLIANZA CON TESTING e/o QUARANTENA**

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

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

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola

 Infanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Secondaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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)

**DICHIARA**

* Che il/la proprio/ria figlio/a ha rispettato le disposizioni del Dipartimento di Prevenzione sottoponendosi all’attività di testing così come prevista dalla Circolare del Ministero della Salute n° 500079 del 03/11/2021 “Indicazioni per l’individuazione e la gestione dei contatti di casi di infezione da SARS-CoV-2 in ambito scolastico”.
* Che durante la sospensione delle attività didattiche il/la proprio/ria figlio/a NON ha manifestato sintomi riconducibili all’infezione da Covid 19 (febbre > 37,5° OPPURE sintomi respiratori OPPURE sintomi gastroenterici);
* Che il/la propri/ria figlio/a ha effettuato il tampone T0 come prescritto dal Dip. di Prevenzione dell’Asl competente e che l’esito dello stesso è negativo (**allegare certificazione**).
* Di impegnarsi ad effettuare al/la proprio/ria figlio/a il secondo tampone al Tempo 5 (T5 test dopo 5 giorni dal momento T0)
* Che il/la proprio/ia figlio/a ha effettuato il tampone T5 come prescritto dal Dip. di Prevenzione dell’Asl competente e che l’esito dello stesso è negativo (**allegare certificazione**).

**CHIEDE**

La riammissione del/la proprio/ia figlio/ia nella scuola di frequenza .

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_