

FAMIGLIA

**AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO DOPO QUARANTENA FIDUCIARIA PER CONTATTO
STRETTO CASO COVID 19 O SOSPETTO CASO COVID**

AL COORDINATORE DI CLASSE/
ALLE DOCENTI DI SEZIONE

Oggetto: autocertificazione per rientro a scuola.

Il/la sottoscritt _____

Genitore dell'alunno/a _____

Nato/a a _____ PR (____) il _____

Residente a _____ PR (____)

Via _____ n° _____

Frequentante la sezione _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

(croccettare le voci corrispondenti alla dichiarazione)

- di aver consultato il proprio Pediatra di libera scelta e di essersi attenuto alle sue prescrizioni;
- di aver sottoposto il/la proprio/a figlio/a al tampone al termine della quarantena fiduciaria con esito negativo (allegare alla presente esito tampone o dichiarazione del PLS);
- di aver concluso l'isolamento fiduciario (quarantena) senza sintomatologia dopo 14 giorni

Firma _____