



Scuole Paritarie infanzia e primaria
"Collegio Dimesse"
Via Pendice Scoglietto, 7
34127 Trieste TS
Tel. 040 566277

Alla Direzione

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO

IN CASO DI ASSENZA PER COVID o QUARANTENA FIDUCIARIA

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. _____

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):

- che il proprio figlio 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) dal giornoal giorno.....
- che l'esito del tampone antigenico/ molecolare di datadi cui si allega copia è risultato negativo
- che i famigliari a diretto contatto sono negativi e non presentano sintomi da Covid

CHIEDE LA RIAMMISSIONE PRESSO LA SCUOLA

Data _____

Il genitore/titolare della responsabilità
Genitoriale

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitar