

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 336 del 13.09.2021

*Autocertificazione per il rientro dell'alunno scolastico nell'ambito dei servizi educativi dell'infanzia, nelle scuole di ogni ordine grado e nei percorsi di istruzione e formazione professionali (IEFP)*

**IN CASO DI ASSENZA PER QUARANTENA DI ALUNNO**

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. \_\_\_\_\_  
ASSENTE dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**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):

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che l'alunno 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);
- che l'alunno non è stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare;

ovvero

- che è stato a contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare ma ha rispettato il periodo di quarantena previsto per i contatti conviventi con soggetti positivi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Il periodo di quarantena previsto per i contatti conviventi con soggetti positivi si intende terminato dopo 10 gg. dalla guarigione del convivente positivo (dopo 7 giorni se il contatto ha completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni) e venga eseguito un tampone (antigenico o molecolare) con esito negativo **oppure**, in assenza di esecuzione di tampone, dopo 14 giorni dalla guarigione del caso convivente;



Sistema Sanitario Regione Liguria

 **Asl1**  **Asl2**  **Asl3**  **Asl4**  **Asl5**

---

Dopo aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_  
al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

**CHIEDE LA RIAMMISSIONE DELL'ALUNNO PRESSO LA SCUOLA/IL SERVIZIO EDUCATIVO DELL'INFANZIA.**

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della  
responsabilità genitoriale

FAC SIMILE