

## Istituto Comprensivo "G.B. Della Torre"

Via Rivarola, 7 – 16043 Chiavari (GE) Tel. 0185308022 – Fax 0185309471

[geic86500c@istruzione.it](mailto:geic86500c@istruzione.it)

[geic86500c@pec.istruzione.it](mailto:geic86500c@pec.istruzione.it)

codice fiscale 90064220107 [www.icdellatorrechiavari.edu.it](http://www.icdellatorrechiavari.edu.it)

Chiavari 25 novembre 2020

### CIRCOLARE N. 87

A tutto il personale

A tutte le famiglie

Loro sedi

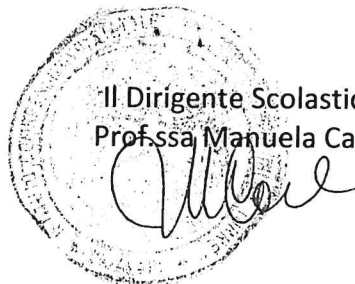
Al sito dell'Istituzione Scolastica

OGGETTO: modulo autocertificazione per il rientro dopo assenze a seguito di quarantena

In allegato si pubblica il modulo di autocertificazione per il rientro a scuola dopo assenze a seguito di quarantena elaborato da ALISA da utilizzare nel territorio regionale.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Manuela Carli



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

---

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE 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**

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. \_\_\_\_\_

oppure

in quanto operatore scolastico

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 aver 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);

di non essere stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare;

di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;

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

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

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della responsabilità  
genitoriale/operatore scolastico