**AUTODICHIARAZIONE PER IL RIENTRO DELLO STUDENTE – DOPO QUARANTENA**

**DATI DEL GENITORE**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI DELLO STUDENTE**

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di Nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico (solo se maggiorenne) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERIODO DI ASSENZA: DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

⃝ QUARANTENA PER COVID+

⃝ QUARANTENA PER CONTATTO STRETTO

⃝ QUARANTENA PER RIENTRO DALL’ESTERO

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

**SI DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

* Di essere consapevole dell’obbligo di rispettare le misure di isolamento domiciliare fiduciario **fino al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (come indicato sul certificato di quarantena rilasciato da ATS e trasmesso dalla famiglia alla scuola)
* Che durante la quarantena non ha avuto sintomi riconducibili a patologia COVID (esempi: tosse, mal di gola, raffreddore, dissenteria, congiuntivite, forte mal di testa, perdita olfatto e/o gusto, difficoltà respiratoria, febbre)
* Di aver AVER / NON AVER eseguito il tampone molecolare come da indicazioni di ATS il giorno \_\_\_\_\_\_\_
* Il tampone eseguito ha avuto esito negativo
* Che ATS ha chiuso la quarantena in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (si allega copia certificato di chiusura)
* Sentito il Medico di Medicina Generale che ha dato parere positivo al rientro a scuola

Firma Data

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