



Istituto Comprensivo ENRICO MEDI
Via Dante Alighieri, 2 - 62017 PORTO RECANATI MC
TEL e FAX 071/9799012 - C.F. 82001030434
MAIL MCIC82900e@istruzione.it MCIC82900e@pec.istruzione.it
WEB www.comprensivomedi.edu.it

Porto Recanati, 19 novembre 2020

GENITORI DEGLI ALUNNI
PERSONALE SCOLASTICO

E p.c.
CONSIGLIO DI ISTITUTO

ATTI, SITO WEB

OGGETTO: Autocertificazione per il rientro a scuola dell'alunno/operatore scolastico dopo il periodo di quarantena per contatto con un caso positivo COVID-19

In allegato, si trasmette modello di Autocertificazione che dovrà essere compilato al rientro a scuola dal personale scolastico o dai genitori/tutori della responsabilità genitoriale al termine del periodo di quarantena per contatto con caso positivo COVID-19.

Cordiali saluti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(dott. Corrado Giulio Del Buono)

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA DELL'ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO
DOPO IL PERIODO DI QUARANTENA per CONTATTO CON UN CASO POSITIVO COVID-19**

(DPR 445/2000 – Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa – art.15 della legge 12 novembre 2011 n.183
recante "Disposizioni per la formazione e del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di Stabilità 2020)

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 _____ e frequentante la classe _____
dell'Istituto Comprensivo Enrico Medi

oppure

in quanto operatore scolastico (docente, educatore, personale ATA) dell'Istituto Comprensivo Enrico Medi

- a seguito del periodo di quarantena per caso COVID-19 disposta dal DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE, U.O.C. ISP
PREVENZIONE MALATTIE INFETTIVE E CRONICO-DEGENERATIVE - ASUR Vasta 3 dal _____
al _____ con comunicazione del _____

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,
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 aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. _____ al
quale sono state riferite le procedure di quarantena adottate, e di aver seguito le indicazioni di quest'ultimo

e CHIEDE

LA RIAMMISSIONE A SCUOLA.

Porto Recanati, _____

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale (*)
L'operatore scolastico

(*) Il sottoscritto consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, ai
sensi del DPR 245/2000 dichiara di aver effettuato la dichiarazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.
361,337 ter e 337 del Codice Civile.

All: Comunicazione Asur del _____