

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. GALILEI

BUSTO ARSIZIO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

in servizio presso codesto Istituto nel plesso GALILEI in qualità di

docente tempo indeterminato determinato al _____

A.T.A. C.S. A.A. tempo indeterminato

C.S. A.A. determinato al _____

Al fine di non incorrere nella decurtazione ai sensi del D.L.112/2008, dichiaro sotto mia responsabilità che la/le assenza/e di malattia rientra/no in uno dei quattro casi sotto riportati

Assenza per malattia dovuta al COVID-19, ovvero per quarantena o per permanenza domiciliare fiduciaria;

Assenza inserita nel "contact tracing" in seguito ad un caso di positività in classe, per il periodo necessario all'esecuzione ed all'esito del test. Quarantena disposta dal Dipartimento di Prevenzione per il 14 giorni successivo all'ultima esposizione;

Assenza per convivenza con persona positiva al Covid-19;

Assenza in attesa dell'esito del tampone dopo il test sierologico.

1) Dal _____ al _____

2) Dal _____ al _____

3) Dal _____ al _____

4) Dal _____ al _____

5) Dal _____ al _____

Si rappresenta che il presente modello va inoltrato solo in caso di assenze dovute a Covid-19

Data _____

Firma