

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "M.L.King" – Calcinai (PI)

**AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
AMMISSIONE A SCUOLA DOPO QUARANTENA DI 14 GIORNI SENZA TAMPONE**

**PERSONALE SCOLASTICO
CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

Il/la/i sottoscritto/a/i _____, nato/a a
_____ (_____), il
____/____/____, C.F. _____, in qualità di: _____

destinatario/a di provvedimento di quarantena dal ____/____/20__ al ____/____/20__, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARO

- di essere stato/a destinatario/a di provvedimento di quarantena dal ____/____/20__ al ____/____/20__;
- di essermi scrupolosamente attenuto/a alle prescrizioni indicate dal Dipartimento della prevenzione nel citato provvedimento di quarantena;
- che, durante tutto il periodo di quarantena, in quanto "**CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO**", non vi è stato alcun mutamento delle condizioni cliniche né comparsa di sintomi ascrivibili al Covid-19* che avrebbero comportato immediata segnalazione al medico curante;
- di non aver ricevuto alcuna comunicazione successiva da parte del DdP e/o dal mio PdF/MMG/Medico curante;
- l'insussistenza, negli ultimi 14 giorni, delle seguenti condizioni di pericolo che mi precludono l'accesso in ogni plesso scolastico:
 - sintomi di influenza e/o temperatura oltre 37,5 °C;
 - avere avuto contatti con soggetti risultati positivi al Covid-19 (persone malate e/o contagiate) per quanto di mia conoscenza;
 - avere avuto contatti con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

Calcinai, ____/____/____

Firma

*Febbre, tosse, mal di gola, disturbi respiratori, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto, diminuzione dell'olfatto, congestione nasale.