***Ministero dell’Istruzione***

Istituto Comprensivo Padre Pino Puglisi

Via Tiziano, 9 – 20090 Buccinasco (Milano)

tel. 0248842132 - 0245712964 – fax 0245703332

e-mail: miic8ef00b@istruzione.it – icpadrepinopuglisi@gmail.com

pec: miic8ef00b@pec.istruzione.it

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**DICHIARAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA DI ALUNNI/E RISULTATI/E**

**CONTATTI DI CASO O CONTAGIATI**

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

n. tel./cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/esercente la responsabilità genitoriale/tutore dell’alunno/a

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

frequentate la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFANZIA ROBBIOLO** ❑ **INFANZIA PETRARCA** ❑

**PRIMARIA ROBBIOLO** ❑ **PRIMARIA ROBARELLO** ❑

**SECONDARIA LAURA CONTI** ❑

**DICHIARA**

**che nel periodo di sospensione delle lezioni per festività natalizie**

❑ il/la proprio/a figlio/a è risultato/a **contatto di un caso** COVID-19.

Di aver consultato il proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e di essersi scrupolosamente attenuto alle vigenti misure di sicurezza relativamente a:

* Durata della quarantena
* Modi e tempi di effettuazione di tamponi antigenici o molecolari (allegare eventuale esito)

Per i soli soggetti **asintomatici** che abbiano ricevuto la **dose booster** – abbiano completato **il ciclo vaccinale primario nei 120 giorni precedenti** oppure siano **guariti da infezione da SARS-CoV-2 nei 120 giorni precedenti** di aver consultato il proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e di essersi scrupolosamente attenuto alle vigenti misure di sicurezza relativamente a:

* Auto-sorveglianza
* Obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2

**OPPURE**

❑ il/la proprio/a figlio/a è risultato/a **positivo** al COVID-19.

Allega:

❑ Certificato di riammissione sicura in comunità (rilasciato dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta)

**OPPURE**

❑ Certificato di fine isolamento (rilasciato da ATS)

In fede Data

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

(Firma del dichiarante)

­

La presente dichiarazione deve essere consegnata agli insegnanti con gli eventuali allegati il giorno del rientro a scuola