

**Autodichiarazione Rientro a scuola Alunni**  
**dopo la sospensione attività didattica a seguito di decreto e/o ordinanza**

Il sottoscritto, Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_; Mail \_\_\_\_\_

In qualità di padre/ tutore del minore e

La sottoscritta, Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_; Mail \_\_\_\_\_

In qualità di madre del minore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_,

Plesso \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per dichiarazioni false, falsità negli atti e l'uso di atti falsi

**Dichiara**

Che il/la proprio/a figlio/a rientra a scuola dopo la sospensione dell'attività didattica in presenza a seguito di decreto e/o ordinanza

**E dichiara inoltre che il proprio/a figlio/a**

	Non presenta in data odierna e non ha presentato nei giorni precedenti sintomatologia respiratoria e/o febbre superiore a 37.5° C
	Non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia(stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto.
	Non è stato in contatto con persone positive, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni e nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi
	Non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni
	Non è in contatto con persone positive sottoposte a quarantena
	Non è in contatto con persone con test rapido positivo in attesa di tampone molecolare (ASP).
	Non è rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno stato Estero o da zona ad alto rischio di contagio

Si allega documento di riconoscimento N. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma Leggibile

\_\_\_\_\_