



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

Asl1 Asl2 Asl3 Asl4 Asl5

Allegato sub 2) della Deliberazione n. 432 del 27.11.2020

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI (IeFP)

IN CASO DI ASSENZA PER QUARANTENA DI OPERATORE SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____
ASSENTE dal _____ al _____,

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 della ASL, 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 ovvero di essere stato a contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare ma di aver rispettato il periodo di quarantena previsto per i contatti conviventi con soggetti positivi¹;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;

¹ Il periodo di quarantena previsto per i contatti conviventi con soggetti positivi si intende terminato dopo 10 gg. dalla guarigione del convivente positivo nel caso il contatto esegua un tampone (Antigenico o molecolare) con esito negativo **oppure**, in assenza di esecuzione di tampone, dopo 14 giorni dalla guarigione del caso convivente;



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

 **Asl1**  **Asl2**  **Asl3**  **Asl4**  **Asl5**

di aver sentito il Medico di Medicina Generale Dott. _____ al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

CHIEDE LA RIAMMISSIONE PRESSO LA SCUOLA/IL SERVIZIO EDUCATIVO DELL'INFANZIA

Data _____

L'operatore scolastico