



ISTITUTO COMPRENSIVO "Sandro Pertini"

VIA ALDO MORO, 4 – 56033 CAPANNOLI (Pi)

Tel. 0587/609012– CF: 81001570506 - Codice IPA: istsc_piic82800b

e-mail piic82800b@istruzione.it pec: piic82800b@pec.istruzione.it

www.istitutocapannoli.edu.it

I. C. "Sandro Pertini" Capannoli (Pi)

Prot. 0008457 del 28/10/2020

04-08 (Uscita)

Ai Genitori e
ai Docenti
Personale ATA
dell'IC di Capannoli

OGGETTO: : Disposizioni per il rientro da QUARANTENA

In merito al rientro da un periodo di "QUARANTENA" disposto dal DdP per i casi di "CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO" di cui alla Circolare del MdS n. 32850 del 12/10/2020, integralmente ripresi dall'Ordinanza del Presidente della Giunta - Regione Toscana n. 92 del 15/10/2020, di seguito riportato:

CONTATTI STRETTI ASINTOMATICI

I contatti stretti di casi con infezione da SARS-CoV-2 confermati e identificati dalle autorità sanitarie, devono osservare:

a) un periodo di **quarantena di 14 giorni** dall'ultima esposizione al caso

oppure

b) un periodo di **quarantena di 10 giorni** dall'ultima esposizione **CON un TEST** antigenico o molecolare **negativo** effettuato il decimo giorno.

qualora il MMG/PdF/MC si rifiuti di rilasciare l'Attestazione di riammissione a Scuola perché non si è stati sottoposti ad alcun test/tampone (**caso a) 14gg di quarantena SENZA tampone**), per la riammissione a Scuola si dovrà produrre l'autodichiarazione in allegato.

In assenza di tale autodichiarazione, firmata in calce dall'esercente la *responsabilità genitoriale* (art. 316 c.c.) per gli studenti minori NON sarà consentito l'accesso all'area scolastica e sarà considerato ASSENTE da Scuola.

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Marzia Canali

firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art.3, c.2 D. Lgs. n.39/93

Alla **Dirigente Scolastico**
I.C. "S. Pertini" – Capannoli (PI)

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
AMMISSIONE A SCUOLA DOPO QUARANTENA
DI 14 GIORNI SENZA TAMPONE
STUDENTE CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO

Il/la sottoscritto, _____

nato/a a _____ (____), il ____/____/_____, C.F. _____,

in qualità di

genitore esercente la responsabilità genitoriale

tutore

soggetto affidatario ai sensi della Legge n. 184/1983,

dell'alunno/a _____ nato/a

_____ (____), il ____/____/_____, C.F. _____,

frequentante, nell'**A.S. 2020/2021**, la Classe _____ sezione _____ di codesto Istituto,
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

Che mio figlio/a:

- è stato/a destinatario/a di provvedimento di quarantena dal ____/____/20__ al ____/____/20__;
- si è 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-19¹ 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 precludono l'accesso di mio/a figlio/a 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;

Capannoli, ____/____/2020

¹ Febbre, tosse, mal di gola, disturbi respiratori, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto, diminuzione dell'olfatto, congestione nasale.

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
AMMISSIONE A SCUOLA DOPO QUARANTENA DI 14 GIORNI SENZA TAMPONE
PERSONALE DOCENTE E PERSONALE ATA
CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO

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

Il/la sottoscritto/a _____

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-19² 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.

Capannoli, ____/____/2020

Firma _____

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Marzia Canali

*firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art.3, c.2 D. Lgs. n.39/93*

² Febbre, tosse, mal di gola, disturbi respiratori, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto, diminuzione dell'olfatto, congestione nasale.