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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\anna\Desktop\image.jpg | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SARNO EPISCOPIO****Scuola dell’infanzia – Primaria - Secondaria di primo grado**Via Angelo Lanzetta, 2 – 84087- Sarno (SA) Cod. Mecc. SAIC8BX00BCod.Fiscale: 94079370659 - Tel. 081/943020 - FAX: 081/5137373 | C:\Users\pc\Downloads\a (4).png |
| E-mail: saic8bx00b@istruzione.it Pec: saic8bx00b@pec.istruzione.it |  Sito web: www.icsarnoepiscopio.edu.it |

 |  |

# Al Dirigente Scolastico

**Autodichiarazione**

**per rientro a scuola Alunni dopo la sospensione dell’attività didattica**

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome

Data di Nascita Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residenza

Via N° Tel

Mail

**In qualità di padre/ tutore del minore** e

La sottoscritta Cognome Nome

Data di Nascita Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residenza

Via N° Tel

Mail

**In qualità di madre del minore**

Cognome Nome

Frequentante la classe plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di questo istituto, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000

**dichiara**

che il/la proprio/a figlio/a rientra a scuola dopo la sospensione dell’attività didattica in presenza e **dichiara 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 mia conoscenza, negli ultimi 14 giorni e nella 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

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma Leggibile** I genitori (o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (padre)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (madre)

***(da inviare sottoscritto in formato pdf scannerizzato o formato foto alla mail istituzionale o da consegnare a mano il giorno del rientro all’insegnante della 1° ora)***