



# Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

## Asl1 Asl2 Asl3 Asl4 Asl5

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO 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 ALUNNO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_

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 essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che l'alunno ha 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);
- che l'alunno non è stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare;

ovvero

che è stato a contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare ma ha rispettato il periodo di quarantena previsto per i contatti conviventi con soggetti positivi\*  
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**

---

Dopo aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_  
al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

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

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della  
responsabilità genitoriale