**Indirizzo: Corso XXV Aprile, 2 - 14100 ASTI**

**C.F. 80005780053**

**Tel/Fax: 0141 212666**

**Sito internet :** [**www.scuolebrofferio.it**](http://www.scuolebrofferio.it/)

**E-mail:** **atmm003004@istruzione.it**

**PEC:** **atmm003004@pec.istruzione.it**

**Succ. “Martiri della Libertà” Tel/Fax 0141 211223**

Il/la sottoscritto/a .............................................. genitore di ................................................ frequentante la classe ….. sez. ….. del plesso ………..…

**dichiara quanto segue (compilare solo la sezione interessata) :**

DICHIARAZIONE PER RIENTRO POST QUARANTENA DA CONTATTO STRETTO

Dichiaro che mio figlio/a .............................. può rientrare in classe, non presentando sintomi riconducibili al Covid ed avendo effettuato una quarantena di:

(indicare il caso specifico)

□ 5 giorni dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con test finale negativo

□ 10 giorni dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con test finale negativo

□ 14 giorni dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ senza test finale negativo

Nei casi a) e b) allegare copia esito del test, oppure videata della piattaforma sanitaria in cui risulta la chiusura della quarantena, oppure dichiarazione del pediatra di fine quarantena a seguito di test negativo.

(oppure)

DICHIARAZIONE PER RIENTRO POST ISOLAMENTO DA COVID POSITIVO

Dichiaro che mio figlio/a ......................... può rientrare in classe, non presentando sintomi riconducibili al Covid ed avendo terminato l’isolamento di:

(indicare il caso specifico)

□ 7 giorni dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con test finale negativo, in quanto asintomatico e vaccinato con doppia dose oppure guarito da non più di 120 gg

□ 10 giorni dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con test finale negativo, in quanto asintomatico e non vaccinato, oppure vaccinato con una sole dose, oppure vaccinato con doppia dose o guarito da più di 120 gg

□ \_\_\_ giorni dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in quanto sintomatico, con test finale negativo tre giorni dopo la scomparsa dei sintomi

□ \_\_\_ giorni dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in quanto sintomatico e positivo a lungo termine

In tutti i casi allegare copia esito del test, oppure videata della piattaforma sanitaria in cui risulta la chiusura dell’isolamento, oppure dichiarazione del pediatra di fine isolamento, oppure certificazione di fine isolamento da parte del Sisp oppure green pass eseguito al termine dell’isolamento.

DICHIARAZIONE DI AUTOSORVEGLIANZA

Dichiaro che mio figlio/a ......................... si trova in regime di autosorveglianza per 10 giorni, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ essendo venuto a contatto con un caso positivo, ma in possesso di vaccino doppia dose da meno di 120 giorni o guarito/a da meno di 4 mesi.

Per tutta la durata dell’autosorveglianza indosserà la mascherina di tipo FFP2.

Asti, lì …………… Firma del genitore