B. 5 - Autocertificazione per la frequenza scolastica in regime di auto-sorveglianza per contatto stretto con caso Covid-19 positivo accertato

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore (esercente la potestà genitoriale) dell’allievo/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe\_\_\_\_\_\_\_\_in riferimento al contatto stretto avvenuto in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con caso positivo accertato di Covid-19.

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità

dichiara

che il figlio minore (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rientra nella condizione immunitaria prevista per la disposizione dell’auto-sorveglianza e pertanto proseguirà le attività scolastiche con mascherina FFP2 per n. 10 giorni, sospendendo immediatamente la frequenza scolastica e attivando la richiesta di un tampone antigenico/molecolare al manifestarsi, anche in forma lieve, di uno dei seguenti sintomi riconducibili al Covid-19: febbre, brividi, tosse, difficoltà respiratorie, affanno, perdita improvvisa dell’olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), rinorrea/congestione nasale, faringodinia, diarrea, forte mal di testa, dolori muscolari, congiuntivite.

Data

In fede

*Firma*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*In caso di impossibilità di stampa il presente documento può essere riprodotto a penna*