**AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO A SCUOLA CONTATTI STRETTI EXTRA-SCOLASTICI AD ALTO RISCHIO (CIRC. MINISTERO DELLA SALUTE 0009498/2022)**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/28.12.2000 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità:

Il/la sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore dell’alunno

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

che il proprio figlio/a

* Non ha una temperatura corporea misurata superiore ai 37,5 gradi;
* Non ha sintomi di tipo influenzale (tosse, affanno, congiuntivite, diarrea, spossatezza);
* In quanto contatto stretto di positivo, appartenendo alla categoria descritta al punto 1 della circolare del Ministero della Salute n. 0009498/04.02.2022, ha effettuato la quarantena di 5 giorni, al termine della quale ha effettuato un test molecolare o antigenico con risultato negativo, **di cui si mostra copia al docente della prima ora,** e indossa FFP2 per i 5 giorni successivi al termine del periodo di quarantena;
* In quanto contatto stretto di positivo, appartenendo alla categoria descritta al punto 2 della circolare del Ministero della Salute n. 0009498/04.02.2022, non effettua la quarantena, ma segue l’autosorveglianza per 5 giorni, rispetta l’obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 per almeno 10 giorni dall’ultima esposizione al caso ed effettuerà un test antigenico rapido o molecolare alla prima comparsa dei sintomi e, se ancora sintomatico, al quinto giorno successivo alla data dell’ultimo contatto stretto con il soggetto positivo al Covid19.

Data Firma

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