# DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA’

# Per il rientro in presenza a Scuola

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

* genitore/genitrice dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* *(se maggiorenne)*: Studente iscritto e frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

* il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* il dichiarante, studente maggiorenne, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* non ha avuto febbre nelle ultime 48 ore ≥ 37,5 °C
* non ha avuto sintomi simil-influenzali negli ultimi 14 giorni (febbre, tosse, starnuti, difficoltà respiratorie) o altra sintomatologia (vomito, diarrea, congiuntivite, stanchezza profusa, dolori articolari diffusi e/o perdita di gusto e olfatto) riconducibili a contagio da Covid-19
* non ha avuto contatti con persone risultate positive al Covid-19 o in quarantena (ad es. parenti, conviventi)
* non è stato/a sottoposto a tampone per COVID-19 o è ancora in attesa dell’esito dello stesso
* non è stato/a sottoposto alla misura della quarantena, né dell’isolamento fiduciario

DICHIARA INOLTRE CHE (*barrare con una X la risposta)*

*SI*[ ]  *NO*[ ]

 Si sono verificati casi di conviventi risultati positivi al tampone, ma hanno ultimato il periodo di quarantena dal……………....al………….…….. con liberatoria dell’ASP

*SI*[ ]  *NO*[ ]

E’ risultato positivo al tampone, ma ha ultimato il periodo di quarantena dal……….…..al……….… con liberatoria

dell’Asp

*Il Dichiarante*

Luogo Data Firma

**Si allega copia del documento d’identità del dichiarante**