

**Istituto Comprensivo “G.B. Della Torre”**  
Via Rivarola, 7 – 16043 Chiavari (GE) Tel. 0185308022 – Fax 0185309471  
[geic86500c@istruzione.it](mailto:geic86500c@istruzione.it) [geic86500c@pec.istruzione.it](mailto:geic86500c@pec.istruzione.it)  
codice fiscale 90064220107 [www.icdellatorrechiavari.edu.it](http://www.icdellatorrechiavari.edu.it)

---

Chiavari 25 novembre 2020

CIRCOLARE N. 87

A tutto il personale

A tutte le famiglie

Loro sedi

Al sito dell’Istituzione Scolastica

OGGETTO: modulo autocertificazione per il rientro dopo assenze a seguito di quarantena

In allegato si pubblica il modulo di autocertificazione per il rientro a scuola dopo assenze a seguito di quarantena elaborato da ALISA da utilizzare nel territorio regionale.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Manuela Carli





# Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

## Asl1 Asl2 Asl3 Asl4 Asl5

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE 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

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. \_\_\_\_\_

oppure

in quanto operatore scolastico

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 aver 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);

di non essere stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare;

di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;

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

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

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale/operatore scolastico