



Unione Europea

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



MIUR

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

MAZZINIDAVINCI

Istituto Secondario Superiore Statale Savona

servizi commerciali –servizi socio sanitari – manutenzione ed assistenza tecnica



Sede, segreteria, presidenza: via Aonzo, 2 - tel. 019.824450 - fax 019.825966

Succursale: via alla Rocca, 35 - tel. 019.820584 - fax 019.820584

Succursale: via Oxilia, 26 - tel. 019.804749 - fax 019.804749

E-mail: svis00600t@istruzione.it - svis00600t@pec.istruzione.it

Web: mazzinidavinci.gov.it - C.F. 80008010094

SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

attività a.s. 2021/2022

ALISA

Sistema Sanitario Regione Liguria

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'OPERATORE SCOLASTICO [...]

IN CASO DI ASSENZA PER QUARANTENA DI OPERATORE SCOLASTICO

(MODELLO D1)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ il ___/___/___

residente in _____ C.F. _____

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°C OPPURE sintomi respiratori OPPURE sintomi gastroenterici),

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

ovvero

di essere stato a contatto con soggetti risultati positivi al COVID-19 all'interno del gruppo familiare ma di aver rispettato il periodo di quarantena previsto per i contatti conviventi con soggetti positivi (*),

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

di aver sentito il Medico di Medicina Generale (medico di famiglia) Dott. _____ al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

CHIEDE LA RIAMMISSIONE PRESSO L'ISTITUTO

Luogo e data _____

L'operatore scolastico

(*) Il periodo di quarantena previsto per i contatti di soggetti positivi viene valutato dal Dipartimento di Prevenzione in base allo stato vaccinale, alla tipologia dell'esposizione al caso confermato ed **all'eventuale esito del test eseguito al termine della quarantena, laddove previsto**

