

FAC SIMILE

Autodichiarazione per riammissione a scuola e nei servizi 0-6 anni

dopo quarantena o isolamento da Covid-19

La/Il sottoscritta/o (nome cognome) _____, n. documento di identità _____, rilasciato da _____, in data _____, nata/o a _____, prov. _____, il _____, residente a _____, via _____, n. _____, CAP _____, in qualità di esercente la responsabilità genitoriale/tutela sul minore _____ frequentante la scuola _____ ne richiede la riammissione scolastica. Consapevole delle sanzioni penali previste nei casi di dichiarazione mendace, formazione e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n. 445/2000 e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi e per gli effetti dell'art. 75 del DPR n. 445/2000 e del fatto che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli, anche a campione, ai sensi degli artt. 71 e 72 del DPR n. 445/2000, dichiara la situazione in cui si trova il minore e indica la data del tampone dove previsto:

A. **CONTATTO STRETTO (AD ALTO RISCHIO):** soggetti non vaccinati o che non abbiano completato il ciclo vaccinale primario Covid-19, cioè abbiano ricevuto una sola dose di vaccino delle due previste, o che abbiano completato il ciclo vaccinale primario da meno di 14 giorni: rimane inalterata l'attuale misura della *quarantena prevista nella durata di 10 giorni dall'ultima esposizione al caso, al termine del quale periodo risulti eseguito un test molecolare o antigenico con risultato negativo.* Data tampone negativo: _____

B. **CONTATTO STRETTO (AD ALTO RISCHIO):** soggetti che abbiano completato il ciclo vaccinale primario Covid-19 da più di 120 giorni, e che abbiano tuttora in corso di validità il green pass, se asintomatici: *la quarantena ha durata di 5 giorni, purché al termine di tale periodo risulti eseguito un test molecolare o antigenico con risultato negativo.* Data tampone negativo : _____

C. **CONTATTO STRETTO (AD ALTO RISCHIO):** soggetti asintomatici che abbiano ricevuto la dose booster, oppure - abbiano completato il ciclo vaccinale primario Covid-19 nei 120 giorni precedenti, oppure - siano guariti da infezione da SARS-CoV-2 nei 120 giorni precedenti, non si applica la quarantena ed è fatto obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 per almeno 10 giorni dall'ultima esposizione al caso. *Il periodo di Auto-sorveglianza termina al giorno 5. E' prevista l'effettuazione di un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell'antigene Sars-Cov-2 alla prima comparsa dei sintomi e, se ancora sintomatici, al quinto giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto con soggetti confermati positivi al Covid 19.*

D. **GUARITO:**

- 1) ai soggetti contagiati non vaccinati, o che abbiano completato il ciclo vaccinale da più di 120 giorni o che non abbiano precedentemente ricevuto la dose booster: l'isolamento è di dieci giorni *purché i medesimi siano sempre stati asintomatici, o risultino asintomatici da almeno 3 giorni e alla condizione che, al termine di tale periodo, risulti eseguito un test molecolare o antigenico con risultato negativo.* Data tampone negativo : _____;
- 2) ai soggetti contagiati che abbiano precedentemente ricevuto la dose booster, o che abbiano completato il ciclo vaccinale da meno di 120 giorni, *l'isolamento può essere ridotto da 10 a 7 giorni,*

purché i medesimi siano sempre stati asintomatici, o risultino asintomatici da almeno 3 giorni e alla condizione che, al termine di tale periodo, risulti eseguito un test molecolare o antigenico con risultato negativo. Data tampone negativo : _____

Dichiara di aver ottemperato a quanto previsto dal decreto legge 229 del 30 dicembre 2021 e dalla circolare ministeriale del 30 dicembre 2021, numero 60136.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute e per le finalità di cui alle norme in materia di misure urgenti di contenimento e gestione dell'emergenza da Covid-19

Data e luogo _____

In fede (firma) _____