# 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)
* ha avuto contatti con persone risultate positive al Covid-19 o in quarantena (ad es. parenti, conviventi) vaccinato con terza dose o supergreenpass entro i 4 mesi, asintomatico, in autosorveglianza\*
* ha avuto contatti con persone risultate positive al Covid-19 o in quarantena ma con vaccinazione base entro i 120 gg. oppure è guarito dal covid entro i 120 gg., in autosorveglianza\*
* è stato/a sottoposto a tampone per COVID-19 ed è risultato negativo
* non è stato/a sottoposto alla misura della quarantena, né dell’isolamento fiduciario

*\*gli alunni che si trovano in tale situazione potranno essere presenti in classe con l’obbligo dell’utilizzo della mascherina FFP2 anche in luoghi aperti e dovranno consumare alimenti/bevande ad almeno 2m. di distanza dalle altre persone presenti*

*Il Dichiarante*

*Studente/genitore*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Luogo Data Firma

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