



LICEO STATALE
"ARTURO ISSELE"
Via Fiume, 42 - 17024 FINALE LIGURE (SV)
tel. 019 692323 - fax: 019 692042
e-mail: svps02000d@istruzione.it
P.e.c.: svps02000d@pec.istruzione.it
sito web: <http://www.liceoiselle.gov.it>
CMPI: SVPS02000D *** C.F. 91014830094



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 _____ della classe _____

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