



## SCUOLA SECONDARIA I GRADO "C.NIVOLA"

CAMM03900X - Via Amendola, 12 – 09012 CAPOTERRA(CA)  
Tel. 070/720289 – Fax 070/721634 - c.f. 80003280924 - Codice Ufficio UFWI5K  
e-mail: [cammm03900x@istruzione.it](mailto:cammm03900x@istruzione.it) – [cammm03900x@pec.istruzione.it](mailto:cammm03900x@pec.istruzione.it)  
[www.scuolamediacapoterra.edu.it](http://www.scuolamediacapoterra.edu.it)

### AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA ALLIEVO DOPO ASSENZA

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

genitore/tutore che accompagna presso la sede \_\_\_\_\_ dell'Istituto

Scolastico, dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_,

l'alunno \_\_\_\_\_, della classe \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.47 del DPR n.445/2000 (Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) dichiara:

1. che l'assenza è dovuta ad una precedente chiamata dalla scuola per sospetto caso Covid-19;
2. di aver contattato il Pediatra di Libera Scelta / Medico di base, di avergli descritto puntualmente lo stato di salute e i sintomi manifestati dal figlio/a, di aver seguito le indicazioni impartite;
3. che il Pediatra di Libera Scelta / Medico di base ha dichiarato che lo studente/allievo può rientrare a scuola senza rilascio di nessuna certificazione scritta.

Inoltre dichiara che l'alunno:

- non presenta sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5°C in data odierna;
- non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
- non è stato a contatto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

*La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS Cov\_2*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_