



**AUTODICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE DEL MINORE CONTATTO STRETTO
AL SERVIZIO DI PRE SCUOLA ANNO SCOLASTICO 2021/2022**

Il/La
sottoscritto/a.....
Nato
il.....a.....(.....)
residente in.....(.....) Via/Piazza.....
In qualità di Genitore/Tutore del/della minore.....
Iscritto/a al servizio di pre scuola presso la scuola primaria

Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/200 nel caso di dichiarazioni non veritiere;

Sulla base di quanto previsto dalla *Circolare di Regione Lombardia 47996 del 17/3/2021* che precisa che per la riammissione in collettività dei contatti stretti nel setting scolastico, "i contatti stretti posti in quarantena possono tornare a scuola dopo 14 giorni, in assenza di sintomi, senza attestazione del medico curante se non effettuano il tampone o con attestazione del Medico curante in caso di effettuazione del tampone a fine quarantena.

DICHIARA

che il minore in qualità di contatto stretto di caso positivo:

HA EFFETTUATO il tampone al termine della quarantena fiduciaria di 14 giorni, **con esito negativo** (come da attestazione rilasciata dal Medico curante o Pediatra);

Oppure, in caso di impossibilità di isolarsi adeguatamente dal caso positivo (ad esempio un genitore)

HA EFFETTUATO il tampone al termine della quarantena fiduciaria di 21 giorni **con esito negativo** (come da attestazione rilasciata dal Medico curante o Pediatra);

OPPURE

NON HA EFFETTUATO il tampone al termine della quarantena, ma in ogni caso:

1. ha rispettato le misure di isolamento domiciliare fiduciario in quanto contatto stretto di caso covid, e in particolare, ai fini della riammissione, ad oggi:
 - ha concluso il periodo di quarantena fiduciaria di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso;
Oppure, in caso di impossibilità di isolarsi adeguatamente dal caso positivo (ad esempio un genitore)
 - ha concluso il periodo di quarantena fiduciaria di 21 giorni dal riscontro di positività del caso (o dell'ultimo caso, se tra i conviventi si sono verificati più contagi);
2. il suddetto minore durante la quarantena **NON HA MANIFESTATO NESSUN SINTOMO SUGGERITIVO DI COVID-19** e che, in particolare, NON HA AVUTO:
 - ⇒ febbre
 - ⇒ tosse
 - ⇒ cefalea (mal di testa)



Città di
CERNUSCO
SUL NAVIGLIO

Provincia di Milano

Palazzo Comunale Via Tizzoni, 2

Telefono 02.92.781

Fax 02.92.78.237

C.A.P. 20063

Codice Fiscale e Partita Iva 01217430154

- ⇒ sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- ⇒ faringodinia (più comunemente detta mal di gola)
- ⇒ dispnea (respirazione difficoltosa, affanno)
- ⇒ mialgie (dolori muscolari)
- ⇒ congiuntivite
- ⇒ rinorrea/congestione nasale (il comune "raffreddore")
- ⇒ perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia)
- ⇒ perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia).

3. è stato valutato con il proprio Medico o Pediatra il rientro in comunità.

La presente dichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata all'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 e sarà conservata nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

Cernusco sul Naviglio,

Firma del dichiarante

.....