



Allegato d)

**AUTODICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE DEL MINORE CONTATTO STRETTO  
AL SERVIZIO DI CAMPO ESTIVO / MATERNA ESTIVA 2021**

Il/La  
sottoscritto/a.....  
Nato  
il.....a.....(.....)  
residente in.....(.....) Via/Piazza.....  
In qualità di Genitore/Tutore del/della minore.....  
Iscritto/a al servizio di  CAMPO ESTIVO  
 MATERNA ESTIVA

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:



**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

- ⇒ febbre
- ⇒ tosse
- ⇒ cefalea (mal di testa)
- ⇒ 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

.....