**ISTITUTO COMPRENSIVO ALLENDE- PADERNO - MIIC8D700L**

**MOD A- AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL’ALUNNO/A ASSENTE**

Io sottoscritto ……………………………………………………………………. genitore dell’alunno/a ………………………………………………………. classe ………………PLESSO …………………...

assente dal …………… al ………………. per motivi di………………………………………………..

**DICHIARO CHE**

* E’ stato contattato il medico pediatra
* Si allega certificazione medica
* Non si allega certificazione medica. Il responso del pediatra è………………………………………………………………………………. ……………. …………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………….. ………………………………..
* NON è stata data indicazione di fare il tampone.
* NON è stato contattato il medico pediatra, perché ..………………………………………………………………………………………………………. ,..............
* quindi **mi assumo la responsabilità** di far tornare a scuola mio figlio/a.

Data firma del genitore

----------------- ----------------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ISTITUTO COMPRENSIVO ALLENDE- PADERNO - MIIC8D700L**

**MOD B- AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL’ALUNNO/A**

**CONTATTO STRETTO EXTRASCOLASTICO**

Io sottoscritto ……………………………………………………………………. genitore dell’alunno/a ………………………………………………………. classe ………………PLESSO

assente dal …………… al ………………. per contatto stretto extrascolastico

**DICHIARO CHE mio figlio**

|  |  |
| --- | --- |
| * non è vaccinato - vaccinato con una sola dose -vaccinato con ciclo primario completato da meno di 14 giorni | * **rientra dopo 10 giorni con tampone negativo** * **rientra dopo 14 giorni senza tampone** |
| * vaccinato con ciclo primario completo da più di 120 giorni | * **rientra dopo 5 giorni con tampone negativo** * **rientra dopo 14 giorni senza tampone** |
| * vaccinato con booster o ciclo primario completo da meno di 120 giorni ( a partire dalla data odierna) * guarito da meno di 120 giorni ( a partire dalla data odierna) | * **rientra con autosorveglianza per 5 giorni e con utilizzo di mascherina FFP2 per 10 giorni** * **se presenti sintomi, rientra con tampone negativo** |

* quindi **mi assumo la responsabilità** di far tornare a scuola mio figlio/a.

Data firma del genitore

----------------- ---------------------------------