

**AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**AMMISSIONE A SCUOLA DOPO QUARANTENA DI 14 GIORNI SENZA TAMPONE**  
**PERSONALE DOCENTE E PERSONALE ATA**  
**CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO**

*ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, C.F.

\_\_\_\_\_, in qualità di:

destinatario/a di provvedimento di quarantena dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARO**

- di essere stato/a destinatario/a di provvedimento di quarantena dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_;
- di essermi scrupolosamente attenuto/a alle prescrizioni indicate dal Dipartimento della prevenzione nel citato provvedimento di quarantena;
- che, durante tutto il periodo di quarantena, in quanto "CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO", non vi è stato alcun mutamento delle condizioni cliniche né comparsa di sintomi ascrivibili al Covid-19<sup>1</sup> che avrebbero comportato immediata segnalazione al medico curante;
- di non aver ricevuto alcuna comunicazione successiva da parte del DdP e/o dal mio PdF/MMG/Medico curante;
- l'insussistenza, negli ultimi 14 giorni, delle seguenti condizioni di pericolo che mi precludono l'accesso in ogni plesso scolastico:
  - sintomi di influenza e/o temperatura oltre 37,5 °C;
  - avere avuto contatti con soggetti risultati positivi al Covid-19 (persone malate e/o contagiate) per quanto di mia conoscenza;
  - avere avuto contatti con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

Capannoli, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

Firma \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Febbre, tosse, mal di gola, disturbi respiratori, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto, diminuzione dell'olfatto, congestione nasale.