



# Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

 **Asl1**  **Asl2**  **Asl3**  **Asl4**  **Asl5**

**Allegato sub 2) della Deliberazione n. 28 del 24.01.2022**

*Autocertificazione per il rientro dell'operatore scolastico nell'ambito dei servizi educativi dell'infanzia, nelle scuole di ogni ordine grado e nei percorsi di istruzione e formazione professionali (IeFP)*

**IN CASO DI ASSENZA PER QUARANTENA DI OPERATORE SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

ASSENTE dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000):

- di aver rispettato e concluso il periodo di quarantena previsto dal Dipartimento di Prevenzione della ASL, durante il quale NON ha manifestato sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (febbre > 37,5° OPPURE sintomi respiratori OPPURE sintomi gastroenterici);
- di non essere stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare ovvero
- di essere stato a contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare ma di aver rispettato il periodo di quarantena previsto per i contatti conviventi con soggetti positivi<sup>1</sup>;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;

<sup>1</sup> Il periodo di quarantena previsto per i contatti di soggetti positivi viene valutato dal DP in base allo stato vaccinale, alla tipologia dell'esposizione al caso confermato ed all'eventuale esito del test eseguito al termine della quarantena, laddove previsto



# Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria



Asl1



Asl2



Asl3



Asl4



Asl5

Allegato sub 2) della Deliberazione n. 28 del 24.01.2022

di aver sentito il Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_ al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

**CHIEDE LA RIAMMISSIONE PRESSO LA SCUOLA/IL SERVIZIO EDUCATIVO DELL'INFANZIA**

Data \_\_\_\_\_

L'operatore scolastico