**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**

**ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000**

**Oggetto: autodichiarazione per contatto stretto di caso Covid accertato (procedura 14 giorni di quarantena senza tampone)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore/tutore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Istituto Leonardo Da Vinci di Cologno Monzese

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che sentito il pediatra/medico di medicina generale Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NON SI È RITENUTO di seguire il percorso diagnostico-terapeutico, con periodo di **quarantena di 10 giorni dall’ultimo contatto con il caso positivo trascorso senza sintomatologia, e con tampone negativo** eseguito a partire dal decimo giorno. Bensì, SI È RITENUTO di seguire la procedura con periodo di **quarantena di 14 giorni dall’ultima esposizione al caso**trascorso senza sintomatologia, senza la necessità di eseguire il tampone.

Pertanto, si dichiara che, successivamente al contatto avvenuto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con un caso Covid accertato, è stata eseguito il periodo di quarantena sino al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con rientro a scuola, in presenza, a partire dal giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Luogo e data Firma leggibile

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