

**Modello di AUTOCERTIFICAZIONE**  
**per termine periodo di quarantena precauzionale (contatto stretto)**

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Genitore del bambino/studente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

Scuola (Infanzia/Primaria/Secondaria) \_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_

*consapevole, di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,*

**DICHIARA**

che l'assenza del figlio da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ è avvenuta per quarantena precauzionale disposta dall'ASL in quanto contatto stretto, senza patologie o sintomatologia Covid correlata.

**ALLEGA**

disposizione autorità sanitaria con indicazione di fine periodo di quarantena precauzionale e/o attestazione esito negativo tampone naso – faringeo del contatto stretto dopo il 10° giorno di quarantena.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_