**Prot. N. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_** *(spazio riservato alla scuola)*

**AUTOCERTIFICAZIONE**

**(*per rientro a scuola di docente/collab. in caso di assenza temporanea dovuta a chiusura della scuola a seguito di ordinanza*)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docente / operatore scolastico in servizio nella scuola  infanzia  primaria  secondaria Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali (art. 46 D.P.R. n. 445/2000) previste in caso di dichiarazioni mendaci, e cosciente dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contrasto del rischio di diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA**

- che l’assenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è dovuta a chiusura della scuola a seguito di ordinanza del Sindaco (*Misure straordinarie ed urgenti di contrasto e prevenzione del rischio di diffusione del virus covid-19*);

- che ha preso contatti e consultato il proprio PLS / MMG dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a cui ha descritto puntualmente lo stato di salute e i sintomi manifestati;

- che ha seguito pedissequamente le indicazioni impartite e ricevute dal medico per quanto riguarda il percorso clinico/diagnostico più appropriato e la terapia, potendo pertanto essere possibile la riammissione a scuola.

Garantendo che durante tali assenze non ha avuto contatti con casi sospetti o confermati di positività al COVID-19 e che nulla osta all’ingresso o rientro in comunità,

**CHIEDE**

che venga riammesso a scuola.

Siniscola, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ****

Firma