

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.) (giorno/mese/anno)

residente a _____ (_____) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

domiciliato/a in _____ (_____) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445,
in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- Che avendo trascorso in assenza di sintomi il periodo di quarantena di 14 giorni a seguito di contatto con persona positiva al COVID-19 comunicato dall'ufficio di igiene di Sassari
- avendo ricevuto dall'ufficio di igiene medesimo anche comunicazione di esito negativo del tampone molecolare

in base alle indicazioni contenute nella circolare del 12 ottobre 2020 del Ministero della Salute avente come oggetto "COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena" può riprendere regolare servizio in data odierna.

Sassari, _____

Il dichiarante _____
(Firma leggibile per esteso)

Nota: il presente modulo è utilizzabile esclusivamente per autocertificare il rientro a scuola a seguito di isolamento fiduciario comunicato agli interessati dalla scuola su disposizione dell'ufficio di igiene. In tutti gli altri casi è necessario presentare la certificazione rilasciata dal proprio medico.