

**ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO STATALE “VIA GIACOSA”**

SCUOLA DELL'INFANZIA via Pontano 43/ via Mosso – 20127 Milano  
 SCUOLA PRIMARIA “CASA del SOLE” via Giacosa 46 – 20127 Milano  
 SCUOLA PRIMARIA “V. RUSSO – E. PIMENTEL” via Russo 27 – 20127 Milano  
 SCUOLA SECONDARIA di 1° grado “CASA del SOLE” via Giacosa 46 – 20127 Milano  
 SCUOLA SECONDARIA di 1° grado “CASA del SOLE ex G. RINALDI” via Russo 23 – 20127 Milano Codice  
 univoco UF6I7B C. F. 80125690158 Cod. MIIC8DD005 - Tel. 02/884.41578 - Fax: 02/2892800  
 e-mail: [miic8dd005@istruzione.it](mailto:miic8dd005@istruzione.it) [miic8dd005@pec.istruzione.it](mailto:miic8dd005@pec.istruzione.it) sito [www.icgiacosa.edu.it](http://www.icgiacosa.edu.it)

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA**

Da compilare per la riammissione alla frequenza scolastica dopo assenza per malattia/indisposizione (barrare/crocettare l'opzione corrispondente alla propria dichiarazione).

L'autocertificazione dovrà essere consegnata esclusivamente al personale addetto presente agli accessi degli edifici scolastici o inviata all'indirizzo e-mail dedicato, a cui inviare tutte le comunicazioni inerenti “Covid19”:

**[giacosa.salute@icgiacosa.edu.it](mailto:giacosa.salute@icgiacosa.edu.it)**

Il/La sottoscritto/a ..... genitore dell'alunno/a .....

Classe ..... plesso ..... per la riammissione alla frequenza scolastica dichiara che:

- 1 L'alunno/a rientra da positività Covid 19\*

\* è stato consultato il/la pediatra – medico di libera scelta dott./ssa ..... in data ..... che ha autorizzato il rientro in classe.

SI
NO

\* In caso di mancato consulto del/la pediatra o medico di libera scelta, dichiaro sotto la mia responsabilità che:

- ho rispettato il periodo di quarantena e le relative disposizioni sanitarie come previsto dai protocolli ATS e riportato nella comunicazione ATS ricevuta in data .....
- 2 L'alunno/a rientra da **malattia non Covid**
- 3 L'alunno/a rientra da quarantena con tampone eseguito in data ..... con esito **Negativo**
- 4 L'alunno/a rientra da quarantena dopo 14 giorni in assenza di sintomi e di test tampone o dopo 21 giorni dal primo tampone positivo, con parere favorevole del medico/pediatra
- 5 L'alunno/a rientra da sorveglianza con test con esito tampone:
  - Negativo (T0 – primo controllo) in data .....
  - Negativo (T5 – secondo controllo) in data .....

Per gli alunni/e scuola secondaria di I grado, per autorizzazione alla frequenza con casi di riscontrata positività in classe:

Dichiaro che mio figlio/figlia:

- ha completato il ciclo vaccinale primario (2 dosi) da non più di 120 giorni
- ha ricevuto la somministrazione terza dose vaccino (booster);
- è guarito/a da infezione Covid 19 da meno di 120 giorni;

**\*Per assenze di altra natura (non sanitaria) utilizzare talloncini presenti nel diario scolastico d'Istituto.**

Si ricorda che le dichiarazioni non veritiere sono perseguibili a norma di legge.

*Firma del/dei genitore/i o di chi ne fa le veci (per esteso leggibile)*

.....

**Tutti dati comunicati saranno trattati nel rispetto del GDPR 678/16 – Regolamento UE sulla protezione dei dati.**