



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
VIA DELLE BETULLE PIEVE EMANUELE (MI)20090  
sito web: [www.icbetulle.edu.it](http://www.icbetulle.edu.it)  
[dirigente@icbetulle.edu.it](mailto:dirigente@icbetulle.edu.it) [segreteria@icbetulle.edu.it](mailto:segreteria@icbetulle.edu.it)  
[MIIC8D600R@pec.istruzione.it](mailto:MIIC8D600R@pec.istruzione.it)  
Telefono: 02 90720080  
Codice univoco: UFVRY

**DICHIARAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA DI ALUNNI/E RISULTATI/E  
CONTATTI DI CASO O CONTAGIATI**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

n. tel./cell. \_\_\_\_\_ mail. \_\_\_\_\_

genitore/esercitante la responsabilità genitoriale/tutore dell'alunno/a

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

frequentate la classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

INFANZIA DON ZENO

INFANZIA ALESSANDRINI

PRIMARIA DE FILIPPO

PRIMARIA ALESSANDRINI

SECONDARIA VIVALDI

**DICHIARA**

**che nel periodo di sospensione delle lezioni per festività natalizie**

il/la proprio/a figlio/a è risultato/a **contatto di un caso** COVID-19.

Di aver consultato il proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e di essersi scrupolosamente attenuto alle vigenti misure di sicurezza relativamente a:

- Durata della quarantena
- Modi e tempi di effettuazione di tamponi antigenici o molecolari (allegare eventuale esito)

Per i soli soggetti **asintomatici** che abbiano ricevuto la **dose booster** – abbiano completato **il ciclo vaccinale primario nei 120 giorni precedenti** oppure siano **guariti da infezione da SARS-CoV-2 nei 120 giorni precedenti** di aver consultato il proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e di essersi scrupolosamente attenuto alle vigenti misure di sicurezza relativamente a:

- Auto-sorveglianza
- Obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2

**OPPURE**

il/la proprio/a figlio/a è risultato/a **positivo** al COVID-19.

Allega:

Certificato di riammissione sicura in comunità (rilasciato dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta)

**OPPURE**

Certificato di fine isolamento (rilasciato da ATS)

In fede

Data

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)

La presente dichiarazione deve essere consegnata agli insegnanti con gli eventuali allegati il giorno del rientro a scuola