



Ministero dell'Istruzione
Università e Ricerca

DIREZIONE DIDATTICA STATALE 4° CIRCOLO

Via Spiniello - 80011 ACERRA (Napoli)

CF. 93025710638 - Tel/Fax 081.5203566 - e mail naee34400b@istruzione.it - Web www.acerra4.edu.it

RIENTRO A SCUOLA DOPO CONTACT TRACING SCOLASTICO

Il sottoscritto e la sottoscritta
.....
genitori dell'alunno/a della
classe sez. consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi
derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci

DICHIARANO

che il proprio figlio/a ha effettuato il tampone di verifica predisposto dall' Asl, con esito negativo, il giorno.....e riprende la regolare attività in presenza in data....

che il proprio figlio/a ha rispettato la quarantena di **10 giorni** e ha effettuato privatamente il tampone antigenico/molecolare (cancellare la voce che non interessa) con esito negativo registrato in piattaforma, il giorno.....e riprende la regolare attività in presenza in data....

che il proprio figlio/a non ha effettuato il tampone di verifica ma ha rispettato la quarantena di **14 giorni** come indicato dalla ref scuola sicura aslna2nord ds 46/47 e riprende la regolare attività in presenza in data.....

Data.....

Firma