

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE LUIGI GALVANI
 COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150

VIA GALVANI, 7 - 20124 M I L A N O - TEL. 0288440253 - FAX 0288440286 e
 - mail: miic8b400x@istruzione.it pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

Scuola Primaria "Luigi Galvani" Via Galvani, 7 - Tel. 0288440253	Scuola Primaria "M. di Savoia e C. Borromeo" Via Casati, 6 - Tel. 0288440146
Scuola Secondaria di 1° grado "Fara" Via Fara, 32 - Tel. 0288440283	Scuola Secondaria di 1° grado "San Gregorio" Via San Gregorio, 5 - Tel. 0288440152

MODULO COVID AGGIORNATO DICHIARAZIONE ASSENZA

A.S. 2021/2022

IO SOTTOSCRITTO _____

GENITORE DELL'ALUNNO/A _____

CLASSE SEZ Plesso GALVANI CASATI FARA SAN GREGORIO

DICHIARA

CHE DAL _____ AL _____
 IL PROPRIO FIGLIO ERA ASSENTE PER:

- MALATTIA CON CONSULTAZIONE DEL PEDIATRA O MEDICO DI BASE
- MALATTIA SENZA CONSULTAZIONE DEL PEDIATRA O MEDICO DI BASE
- MOTIVI PERSONALI

QUARANTENA DISPOSTA DA _____ PERCHE' **CONTATTO STRETTO VACCINATA/O CON CICLO COMPLETO DA 14 GIORNI**: RIENTRO IN COMUNITÀ DOPO 7 GIORNI DALL' ULTIMO CONTATTO STRETTO CON CASO COVID POSITIVO, E CON L'ATTESTAZIONE DI RIENTRO SICURO IN COMUNITÀ RILASCIATA DAL PEDIATRA (O DAL MEDICO CURANTE) O IL REFERTO DELL'ESITO NEGATIVO DEL TAMPONE NASO-FARINGEO ANTIGENICO O MOLECOLARE OPPURE SORVEGLIANZA CON TESTING: TAMPONE T0 E TAMPONE T5 E RIENTRO CON ESITO NEGATIVO .

QUARANTENA DISPOSTA DA _____ PERCHE' **CONTATTO STRETTO NON VACCINATA/O CON CICLO COMPLETO DA 14 GIORNI**: RIENTRO IN COMUNITÀ DOPO 10 GIORNI DALL' ULTIMO CONTATTO STRETTO CON CASO COVID POSITIVO, E CON L'ATTESTAZIONE DI RIENTRO SICURO IN COMUNITÀ RILASCIATA DAL PEDIATRA (O DAL MEDICO CURANTE) O IL REFERTO DELL'ESITO NEGATIVO DEL TAMPONE NASO-FARINGEO ANTIGENICO O MOLECOLARE, OPPURE SORVEGLIANZA CON TESTING: TAMPONE T0 E TAMPONE T5 E RIENTRO CON ESITO NEGATIVO .

RIENTRO IN COMUNITÀ DOPO 14 GIORNI DALL' ULTIMO CONTATTO STRETTO CON CASO COVID POSITIVO, IN ASSENZA DI COMUNICAZIONE DI ATS DI RISCONTRO DI VARIANTE BETA, SENZA L'ATTESTAZIONE DI RIENTRO SICURO IN COMUNITÀ RILASCIATA DAL PEDIATRA (O DAL MEDICO CURANTE) O IL REFERTO DELL'ESITO NEGATIVO DEL TAMPONE NASO-FARINGEO ANTIGENICO O MOLECOLARE.

QUARANTENA DISPOSTA DA _____ **PERCHE' CASO POSITIVO**; ISOLAMENTO CONCLUSO DOPO ALMENO 10 GIORNI DAL RISCONTRO DI POSITIVITA' CON TAMPONE NASO - FARINGEO MOLECOLARE NEGATIVO.

QUARANTENA DISPOSTA DA _____ **PERCHE' CASO POSITIVO**; ISOLAMENTO CONCLUSO DOPO 21 GIORNI DALL'EFFETTUAZIONE DELL'ULTIMO TAMPONE, IN ASSENZA DI SINTOMI DA 7 GIORNI.

NEL CASO DI MALATTIA CON O SENZA CONSULTAZIONE DEL PEDIATRA DICHIARA CHE I SINTOMI DEL PROPRIO FIGLIO NON ERANO RICONDUCEBILI A COVID 19 E IN DATA ODIERNA (DATA DEL RIENTRO A SCUOLA) È IN BUONA SALUTE

FIRMA DEL/DEI GENITORE/I PER ESTESO E LEGGIBILE
