



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 MILANO - 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 B CONTATTI ESTERNI

Inviare VIA MAIL firmato da entrambi i genitori alla mail referentecovid.2021@icgalvani.edu.it e alla mail del coordinatore di classe (secondaria)/team di classe (primaria)

Ai sensi di quanto previsto dalla norma di legge D.L. 1/22 del 7 Gennaio 2022, i sottoscritti

nome e cognome _____

nome e cognome _____

GENITORI dell'alunno/a _____ CLASSE _____ PLESSO _____ SEZIONE _____

DICHIARANO

sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 consapevoli delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.) che il proprio figlio/a:

A

ha concluso il ciclo vaccinale primario da meno di 120 giorni

è guarito dal Covid 19 da meno di 120 giorni

ha effettuato la dose booster (terza dose)

e pertanto potrà proseguire la didattica in presenza in regime di auto sorveglianza sanitaria indossando la mascherina Ffp2 durante le lezioni. (Concludendo il periodo di auto sorveglianza dopo i 5 giorni.

B

non ha effettuato vaccino

non ha concluso il ciclo vaccinale primario

ha completato il ciclo vaccinale primario da meno di 14 giorni

e pertanto non frequenterà in presenza, effettuerà quarantena di 10 giorni con test di uscita

ha effettuato tampone al 10° giorno di quarantena con esito negativo in data_____

e pertanto può rientrare a scuola e proseguire la didattica in presenza

C

ha concluso il ciclo vaccinale primario da più di 120 giorni ed è asintomatico

ha green pass valido ed è asintomatico

e pertanto non frequenterà in presenza, effettuerà quarantena di 5 giorni con test di uscita

ha effettuato tampone T5 con esito negativo in data_____

e pertanto può rientrare a scuola e proseguire la didattica in presenza

I genitori/tutori

DATA _____

Firma _____

Firma _____

Firme congiunte dei genitori esercenti la patria potestà/tutori/affidatari

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Firma _____