



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 EXTRA SCOLASTICI ESTERNI

Inviare VIA MAIL firmato da entrambi i genitori alla mail del plesso: referentecovid.fara@icgalvani.edu.it; referentecovid.sangregorio@icgalvani.edu.it; referentecovid.galvani@icgalvani.edu.it; referentecovid.casati@icgalvani.edu.it e consegnare copia cartacea al docente della prima ora al rientro in classe.

Ai sensi di quanto previsto dalla norma di legge D.L. 5/22 del 4 Febbraio 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)
- Guarito dopo ciclo vaccinale primario completato

e pertanto potrà proseguire la didattica in presenza in regime di auto sorveglianza sanitaria indossando la mascherina Ffp2 durante le lezioni per 10 giorni. (Concludendo il periodo di auto sorveglianza dopo i 5 giorni; se presenza di sintomi ha effettuato tampone con esito negativo in data -----)

B

- non ha effettuato vaccino

- non ha concluso il ciclo vaccinale primario
- ha completato il ciclo vaccinale primario da 120 giorni
- è guarito dal Covid 19 da 120 giorni

e pertanto non frequenterà in presenza, si applica la misura di **quarantena** della durata di **5 giorni** dall'ultimo contatto con l'ultimo caso positivo **e si avvia la DDI per 5 giorni**. Rientra con Tampone Negativo eseguito in data ----- e obbligo di indossare FFP2 per 5 giorni dopo il rientro dalla quarantena.

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 _____