



Allegato 2)

rev apr 2021

Alla c.a del Medico Competente
@mail: medico.competente@dellacortevanvitelli.it

Dichiarazione di rientro dell'alunno contatto stretto asintomatico al COVID-19

da compilare a cura dei genitori dell'alunno (ovvero dall'alunno maggiorenne) che è stato posto in
quarantena per contatto stretto di soggetto positivo al test per il COVID19
e risultato **negativo** al test per il COVID 19

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
e residente in _____ in via
_____, in qualità di genitore (o titolare
della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo _____

DICHIARA

che è possibile la riammissione a scuola, in quanto l'alunno/a ha effettuato una quarantena di 10
giorni dall'ultimo contatto con il caso positivo e l'alunno è poi risultato **negativo** al tampone
molecolare o antigenico, sulla scorta di quanto indicato nella circolare del Ministero della Salute n.
30847 del 24 settembre 2020, modificata dalla nota n° 15127 del 12/04/2021.

- Allega risultato del tampone molecolare o antigenico
- Allega documento di riconoscimento in corso di validità

Data/Luogo _____

Il genitore / l'alunno maggiorenne _____