

# Dichiarazione per la riammissione ai servizi di assistenza alla prima infanzia e assistenza estiva

Il sottoscritto/La sottoscritta (genitore, esercente la responsabilità genitoriale)

Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita..... Data di nascita.....

In qualità di genitore /tutore del/la bambino/a

Cognome ..... Nome .....

Iscritto/a presso il seguente asilo nido / microstruttura / assistente domiciliare all'infanzia/ ente gestore dell'assistenza estiva

.....

reparto/classe/sezione/gruppo .....,

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci e pienamente consapevole dell'importanza del completo rispetto delle misure per prevenire la diffusione dell'infezione da SARS CoV-2 e di conseguenza per tutelare la salute collettiva

## DICHIARA

### **1. per assenze NON legate a motivi di salute**

che l'assenza dal servizio di assistenza del/la proprio/a figlio/a dal ..... al ..... è dovuta a motivi di famiglia e **non è legata a problemi di salute**. Dichiaro inoltre che durante il suddetto periodo il proprio figlio/a non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

OPPURE

### **2. per assenze inferiori o uguali a tre giorni, dovute a motivi di salute NON correlati a una possibile infezione da SARS-CoV-2**

che l'assenza del/la figlio/a dal servizio di assistenza dal ..... al ..... e al fine del suo rientro nel servizio, non è dovuta a una sintomatologia correlata a una possibile infezione da SARS-CoV-2, bensì a condizioni cliniche diverse e non sospette.

OPPURE

**3. per assenze superiori ai tre giorni dovute a motivi di salute correlati a una possibile infezione da SARS-CoV-2**

in relazione all'assenza del/la figlio/a dal servizio di assistenza dal ..... al ..... e al fine del suo rientro nel servizio, di aver contattato il medico curante Dr. .... e di aver seguito le indicazioni ricevute. Si allega la relativa attestazione del medico curante.

OPPURE

**4. per assenze dovute a provvedimenti di quarantena**

che la quarantena è stata imposta per il seguente periodo: dal..... al ..... inclusi;

Selezionare la/e casella/e corrispondente/i qui sotto:

- che il/i test effettuato/i ha/hanno prodotto un esito negativo
- che il/la proprio/a figlio/a non presenta più sintomi da almeno tre giorni consecutivi, come confermato dal medico curante.

Luogo e data .....

Firma .....