



**Al Dirigente Scolastico
dell'ITT Montani di Fermo
aptf010002@istruzione.it**

**Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno _____
frequentante la classe _____ comunica che il proprio figlio/a in data _____
ha avuto un contatto STRETTO ai sensi della normativa vigente e DICHIARA di trovarsi
nella seguente condizione (indicare con una X una delle situazioni sotto indicate):**

soggetto non vaccinato o che non ha completato il ciclo vaccinale primario (i.e. ha ricevuto una sola dose di vaccino delle due previste) o che ha completato il ciclo vaccinale primario da meno di 14 giorni rimanendo inalterata l'attuale misura della quarantena prevista **nella durata di 5 giorni dall'ultima esposizione al caso**, al termine del quale periodo risulti eseguito un test molecolare o antigenico con risultato negativo;

(E' PREVISTA L'ATTIVAZIONE DELLA DIDATTICA A DISTANZA PER 5 GIORNI)

soggetto che ha completato il ciclo vaccinale primario da più di 120 giorni, e che ha tuttora in corso di validità il green pass, se asintomatici: la quarantena ha **durata di 5 giorni**, purché al termine di tale periodo risulti eseguito un test molecolare o antigenico con risultato negativo;

(E' PREVISTA L'ATTIVAZIONE DELLA DIDATTICA A DISTANZA PER 5 GIORNI)

soggetto asintomatico che:

a) ha ricevuto la dose booster, oppure;

b) ha completato il ciclo vaccinale primario nei 120 giorni precedenti, oppure;

c) è guarito da infezione da SARS-CoV-2 nei 120 giorni precedenti;

d) dal momento che non si applica la quarantena **ed è fatto obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 per almeno 10 giorni dall'ultima esposizione al caso**. Il periodo di Auto-sorveglianza termina al giorno 5. E' prevista l'effettuazione di un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell'antigene Sars-Cov-2 alla prima comparsa dei sintomi e, se ancora sintomatici, al quinto giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto con soggetti confermati positivi al Covid 19.

(NON E' PREVISTA L'ATTIVAZIONE DELLA DIDATTICA A DISTANZA)

Luogo, data _____

Firma _____

TEST CENTER

