Nominativo lavoratore:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede di servizio:

**ISTITUTO COMPRENSIVO RENDE CENTRO**

Al Medico Competente

Dott.ssa Maria Pagliaro

Via XXIV Maggio (CS)

mariapagliaro@libero.it

OGGETTO: trasmissione DISPOSITIVO FINE ISOLAMENTO DOMICILIARE ai fini del reintegro in servizio.

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nella sua qualità di DOCENTE/ ATA presso IC Rende Centro

CHIEDE

La riammissione in servizio secondo quanto previsto dalla nota MIUR n. 005127 del 12/04/2021.

A tal fine comunica di:

* Appartenere alla fattispecie di cui alla lettera **B** della suddetta nota Ministero della Salute

 ( **LAVORATORE POSITIVO SINTOMATICO).**

* **Di essere risultato positivo al :**

**TEST MOLECOLARE alla ricerca di SARS-COV-2 effettuato presso ASP di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Oppure**

**TEST ANTIGENICO effettuato presso laboratorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Di essere risultato/a negativo/a al TEST MOLECOLARE effettuato in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di non avere sintomi COVID correlati da almeno 3 giorni dopo l’effettuazione del suddetto Test (sono esclusi anosmia e augesia/disgeusia perché potrebbero avere persistenza nel tempo).**

 **A tal fine allega i seguenti documenti:**

1. **Dispositivo di fine isolamento domiciliare.**
2. **Altro documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA**

 **FIRMA**