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 E TAMPONE NEGATIVO 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 Ministero della Salute n. 005127 del 12/04/2021.

A tal fine comunica di:

* Appartenere alla fattispecie di cui alla lettera **D** della suddetta nota MIUR ( **LAVORATORE POSITIVO A LUNGO TERMINE).**
* **Di essere risultato per la prima volta 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 aver ricevuto DISPOSITIVO di FINE ISOLAMENTO da ASP di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**perché trascorsi 21 giorni dalla comparsa dei sintomi Covid correlati (Circ. Ministero della Salute 12 ottobre 2020).**

* **Di non essere potuto rientrare in servizio perché risultato positivo al TEST MOLECOLARE per SARS-COV-2 oltre il ventunesimo giorno dalla positività al primo TEST ( Circ. 0015127 del 12/04/2021 Ministero della Salute).**
* **Di essere risultato/a negativo/a al TEST MOLECOLARE o ANTIGENICO effettuato**
* **in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

1. **Dispositivo di fine isolamento domiciliare.**
2. **Esito Test Molecolare o Antigenico**

**DATA**

 **FIRMA**