

**AUTOCERTIFICAZIONE PER ALUNNI PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO
DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS CoViD – 19**

Il sottoscritto	COGNOME E NOME				
Nato a	LUOGO	Provincia	il	DATA DI NASCITA	
Residente a	LUOGO	CAP		Provincia	
Indirizzo	VIA / PIAZZA			N. civico	
Numero telefonico per eventuale contatto					

ai sensi artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti

DICHIARA

per se stesso in qualità di alunno maggiorenne della classe _____
CLASSE

per la/il propria/o figlia/o: _____
COGNOME E NOME CLASSE

a) di impegnarsi a garantire **per tutto l'anno scolastico 2020 – 2021** il rispetto e l'applicazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus CoViD – 19 stabilite dalle Autorità competenti;

b) di recarsi a scuola nel corso dell'anno scolastico 2020 – 2021 solo se:

- b.1) nei tre giorni precedenti l'ingresso, non presenta febbre (oltre i 37,5°C) o sintomi influenzali o brividi o tosse o difficoltà respiratorie o congiuntivite o dolori muscolari nelle ultime 24 ore o perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), rinorrea/congestione nasale, mal di gola (faringodinia), diarrea;
- b.2) non è stato a contatto con persone positive al virus CoViD – 19 negli ultimi 14 giorni (tampone positivo);
- b.3) non è sottoposto a misura di quarantena causa il virus CoViD – 19;
- b.4) non è positivo a tampone per la ricerca di virus CoViD – 19.

c) di avvertire **immediatamente** la scuola anche qualora, nel corso dell'anno scolastico 2020 – 2021, presso la propria abitazione, recatosi a scuola negli ultimi 14 giorni, manifesti febbre (oltre i 37,5°C) o sintomi influenzali o brividi o tosse o difficoltà respiratorie o congiuntivite o dolori muscolari nelle ultime 24 ore o perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), rinorrea/congestione nasale, mal di gola (faringodinia), diarrea;

d) di avvertire **immediatamente** la scuola anche qualora, nel corso dell'anno scolastico 2020 – 2021, il/i proprio/i convivente/i manifesti/ino i sintomi di cui al punto b.1) e il pediatra di libera scelta (PLS) o dal medico di medicina generale (MMG) che si è consultato (**obbligatoria la consultazione prima di recarsi a scuola**) ritenga che il sottoscritto / la/il propria/o figlia/o possa frequentare a scuola in attesa che il/i convivente/i sia/siano sottoposto/i a test diagnostico e sia a conoscenza del relativo esito.

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al potenziale rischio di esposizione al virus

CoViD – 19: _____

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti nel presente modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

DATA _____

FIRMA _____