

**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

- di impegnarsi a garantire per la durata del corso di recupero dell'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;
- di recarsi a scuola in occasione del corso di recupero organizzato per l'anno scolastico 2020 – 2021 solo se:
  - non presenta sintomi influenzali quali ad esempio febbre superiore ai 37,5 gradi, tosse, mal di gola, congestione nasale, congiuntivite, dolori muscolari nelle ultime 24 ore, perdita di olfatto e/o gusto, nausea, vomito;
  - non è stato a contatto con persone positive al virus CoViD – 19 negli ultimi 14 giorni (tampone positivo);
  - non è sottoposto a misura di quarantena causa il virus CoViD – 19;
  - non è positivo a tampone per la ricerca di virus CoViD – 19.
- di avvertire **immediatamente** la scuola anche qualora presso la propria abitazione, recatosi a scuola negli ultimi 14 giorni, manifesti sintomi influenzali quali ad esempio febbre superiore ai 37,5 gradi, tosse, mal di gola, congestione nasale, congiuntivite, dolori muscolari nelle ultime 24 ore, perdita di olfatto e/o gusto, nausea, vomito.

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al suo 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 \_\_\_\_\_