

AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____ nato/a _____ il _____ a _____ (____), documento di riconoscimento _____, ruolo (studente, docente, personale non docente, altro) _____ nell'accedere presso l'Istituto Scolastico, sotto la propria responsabilità (se maggiorenne) o di quella di un esercente la responsabilità genitoriale, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA QUANTO SEGUE

1. di essere/non essere stato affetto da COVID-19;
2. di essere/non essere sottoposto a regime di quarantena da parte delle autorità sanitarie;
3. di essere/non essere stato esposto a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
4. di avere/non avere avuto sintomi riferibili a COVID-19 negli ultimi tre giorni;

consapevole che in caso di risposta positiva non potrà accedere all'Istituto se non in possesso di un certificato di guarigione.

Mi impegno ad informare il medico e a non frequentare l'Istituto in caso di:

1. comparsa di temperatura oltre i 37.5° compresi;
2. esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19;
3. qualsiasi sintomatologia (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto).

Mi impegno a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da indicazioni igienico-sanitarie di cui sono a conoscenza.

- Autorizzo la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso l'Istituto ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, sino al termine dello stato d'emergenza.
- Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.l. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).

Luogo e data _

Firma leggibile

Preso visione della presente informativa, attesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali di mio/a figlio/a minore.

Luogo e data

Firma del padre

Firma della madre
