

ALLEGATO 1

MODULO DI REGISTRAZIONE E AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ____/____/_____
a _____ (prov. _____)
Residente a _____ (prov. _____)
in via _____, n. _____
Recapito telefonico _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____, del _____
In qualità di _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere a conoscenza delle disposizioni del DPCM 7/8/2020, art. 1, comma 6, lettera a, e di agire nel loro rispetto (*)

In particolare dichiara:

- di non essere stato/a sottoposto/a negli ultimi 14 giorni alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare
- di non essere attualmente positivo/a al SARS-CoV-2 e di non essere stato/a in contatto con persone risultate positive al SARS-CoV-2, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni
- di non avere né avere avuto nei precedenti 3 giorni febbre superiore a 37,5 °C o altri sintomi da infezione respiratoria

Il/La sottoscritta dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno di questa struttura; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da COVID-19.

- Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data _____

Firma (ora ingresso _____) _____

Firma (ora uscita _____) _____

*)
DPCM 7/8/2020, art. 1

6. Allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19 sull'intero territorio nazionale si applicano le seguenti misure:

a) i soggetti con infezione respiratoria caratterizzata da febbre (maggiore di 37,5 °C) devono rimanere presso il proprio domicilio, contattando il proprio medico curante; [...]

ALLEGATO 2

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AGLI ATTI DELLA SCUOLA

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di (docente/ass.tecnico/coll.scol./ass.amm.) _____

presso codesto istituto scolastico

**consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e
consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di
COVID-19 per la tutela della salute della collettività,**

DICHIARA

nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- Febbre (>37,5° C)
- Tosse
- Difficoltà respiratorie
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Raffreddore
- Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- Perdita/diminuzione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- Perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- Mal di gola
- Cefalea
- Mialgie

(NB: in caso di presenza dei suddetti sintomi occorre contattare il Medico Curante per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola)

Luogo e data: _____

Firma:

ALLEGATO 3

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AGLI ATTI DELLA SCUOLA

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ e

residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

_____ nato/a a _____ il _____,

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a a scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- Febbre (>37,5° C)
- Tosse
- Difficoltà respiratorie
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Raffreddore
- Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- Perdita/diminuzione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- Perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- Mal di gola
- Cefalea
- Mialgie

(NB: in caso di presenza dei suddetti sintomi il genitore deve contattare il Medico Curante per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola)

Luogo e data: _____

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale):
