

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000
Minori che frequentano comunità scolastiche/educative

Io/La sottoscritto/a _____

Padre Madre

dell'alunno/a _____ Classe _____ sez. _____

Tel /Cell _____ e-mail _____

DICHIARA

che il/la figlio/a è stato/a assente dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

per _____

Consapevole che **le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera**

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere stato in quarantena fiduciaria (contatto stretto con caso Covid-19)
- di essere stato positivo a Covid-19

Di essere consapevole dei seguenti obblighi:

- di aver fatto rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- di aver fatto rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone (nel rispetto della normativa vigente)

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti ha avuto **durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (*)**:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ▪ SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE) | <input type="checkbox"/> ▪ AGEUSIA (PERDITA GUSTO) |
| <input type="checkbox"/> ▪ DISSENTERIA | <input type="checkbox"/> ▪ DOLORI MUSCOLARI |
| <input type="checkbox"/> ▪ CONGIUNTIVITE | <input type="checkbox"/> ▪ DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO) |
| <input type="checkbox"/> ▪ FORTE MAL DI TESTA | <input type="checkbox"/> ▪ FEBBRE $\geq 37,5^\circ$ |
| <input type="checkbox"/> ▪ ANOSMIA (PERDITA OLFATTO) | |

(*) In caso di esordio sintomi a scuola SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO PEDIATRA DI FAMIGLIA al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l'effettuazione del tampone naso faringeo

Scuola

IC di Casalpusterlengo
 SEDE: via Olimpo, 6 26841 Casalpusterlengo
 Tel. 0377/84379

TIMBRO DELLA SCUOLA

Solo per questa opzione è necessario apporre il timbro

Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

IC di Casalpusterlengo
SEDE: via Olimpo, 6 26841 Casalpusterlengo
Tel. 0377/84379

NOTA BENE:

Nel setting scolastico ai “contatti stretti di caso sospetto” in attesa dell’esito del tampone
NON si applica la quarantena fino ad eventuale esito positivo del tampone del caso sospetto.

E’ comunque fortemente raccomandato un atteggiamento prudentiale in particolare per i contatti stretti continuativi (ad esempio i genitori): utilizzo delle mascherine in ogni situazione, evitare ove possibile o comunque ridurre i momenti di socialità e l’utilizzo di mezzi pubblici.

Si richiama quindi il senso di responsabilità per garantire il giusto equilibrio tra una sostanziale sicurezza rispetto alla patologia Covid-19 e la possibilità di condurre le attività quotidiane (lavoro, etc.).

Privacy

I dati saranno trattati nel rispetto della normativa in materia di privacy e dei principi di correttezza, di liceità, di trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

L’informativa completa si trova nella sezione “Privacy” del nostro sito www.iccasalpusterlengo.edu.it

Dichiariamo di aver preso visione dell’informativa.

Casalpusterlengo, __/__/____

Firma del genitore/tutore che compila il modulo

Ai sensi dell’art. 316, comma 1, e dell’art. 337 ter, comma 3, del Codice Civile, la firma presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.