

EMERGENZA SANITARIA COVID 19  
**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 E 47. DPR N. 445/2000**

Il sottoscritto,

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

alunno maggiorenne

genitore dell'alunno minorenni \_\_\_\_\_

Frequentate la classe \_\_\_\_\_ presso la sede \_\_\_\_\_

nell'accesso presso l'Istituto Scolastico **ISTITUTO SUPERIORE DI RIPOSTO**

sotto la propria responsabilità (se maggiorenne) o di quella di un esercente la responsabilità genitoriale, dichiara quanto segue:

- di non presentare sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5° C in data odierna e nei tre giorni precedenti;
- di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
- di non essere stato a contatto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.
- di essere a conoscenza delle disposizioni del DPCM 7/8/2020, art. 1, comma 6, lettera a, e di agire nel loro rispetto (\*)
- di essere a conoscenza delle attuali misure anti-contagio e di contrasto all'epidemia COVID-19 di cui al relativo Protocollo pubblicato nel sito dell'Istituto di Istruzione Superiore "RIPOSTO" di RIPOSTO (WWW.IISRIPOSTO.EDU.IT)

Il/La sottoscritto/a 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.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2 ed è da ritenersi resa, salvo tempestiva comunicazione che ne annulli l'efficacia, anche per i giorni seguenti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile  
(dell'interessato e/o dell'esercente la responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_