

 <p>Unione Europea Fondo Sociale Europeo</p>	 <p>Istituto d'Istruzione Secondaria Superiore "F. De Sanctis" 83054 Sant'Angelo dei Lombardi (AV) Via Boschetta, 1 Tel. 08271949144 – 1949141 fax 08271949142 C.F. 91003710646 www.iissdesanctis.it e-mail avis014008@istruzione.it PEC: avis014008@pec.istruzione.it</p> <p>Sezione associata ITE Via Annunziata 83054 Sant'Angelo dei Lombardi (AV) Tel. fax : 082723099</p> <p>Sezione associata Liceo Caposele Via Duomo 83040 Caposele (AV) Tel. fax : 082758376</p>	 <p>UNI – EN – ISO 9004:2009</p>
	<p>Con l'Europa Investiamo nel vostro futuro</p>	

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 47 DPR n. 445/2000

a.s. 2020/2021

Il sottoscritto (genitore 1)

COGNOME E NOME

nato il/...../..... a (.....)

GG MM AA

CITTÀ DI NASCITA

PROVINCIA/NAZIONE

residente in (.....)

CITTÀ DI RESIDENZA

PROVINCIA/NAZIONE

via..... n°

documento di identità..... n°

rilasciato da..... in data/...../.....

NB: PER CARTA D'IDENTITÀ ELETTRONICA INDICARE MINISTERO DELL'INTERNO

GG MM AA

Il sottoscritto (genitore 2)

COGNOME E NOME

nato il/...../..... a (.....)

GG MM AA

CITTÀ DI NASCITA

PROVINCIA/NAZIONE

residente in (.....)

CITTÀ DI RESIDENZA

PROVINCIA/NAZIONE

via..... n°

documento di identità..... n°

rilasciato da..... in data/...../.....

NB: PER CARTA D'IDENTITÀ ELETTRONICA INDICARE MINISTERO DELL'INTERNO

GG MM AA

Genitore padre madre della studentessa dello studente

(Cognome) _____ (Nome) _____

frequentante la classe sezione indirizzo

.....

INDICARE LA SEDE

DICHIARA

DICHIARANO

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del d.p.r. n. 445/2000 consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

- di non presentare i seguenti sintomi: febbre superiore a 37.5° e sintomatologia simil influenzale/simil Covid-19/polmonite
- di non essere attualmente sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario o a provvedimento restrittivo analogo
- di non essere risultato positivo al virus Covid-19 ovvero di essere risultato positivo ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione
- di non essere stato a contatto negli ultimi 14 giorni in assenza di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI) con persone risultate positive al Covid-19
- di non essere stato a contatto negli ultimi 14 giorni in assenza di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI) con persone ancora sottoposte alla misura della quarantena in attesa di tampone
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio
- allega certificazione medica esiti prove di laboratorio

(si prega di apporre una spunta a tutte le voci applicabili, e si specifica che in mancanza anche di una sola di tali spunte la studentessa/lo studente non potrà essere ammessa/o in aula)

Informativa ex artt. 13-14 Regolamento europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati

Dichiaro di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13-14 Regolamento Ue 679/2016 in materia di protezione dei dati, che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 15 del regolamento Ue 679/2016.

Luogo Data, _____

IN FEDE

.....
(si prega di apporre firma leggibile)

.....
(si prega di apporre firma leggibile)