

	ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "A.M.MAFFUCCI"			
	con sezioni associate			
Liceo Scientifico	Istituto Tecnico Economico	Liceo Artistico		
	Istituto Tecnico Agrario			
☎ 0827 1949123-4-8	Presidenza 0827 1949121	Fax 0827 1949122		
Cod Fiscale 82000690642	Cod. Scuola AVIS008001			
E.mail: avis008001@istruzione.it	www.istitutopesuperioremaffucci.edu.it			
Via Circumvallazione - 83045 CALITRI (Avellino)				

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

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)