

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

(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)