

AUTODICHIARAZIONE COVID-19

Il/la sottoscritto genitore/tutore legale del minore:

(riportare i dati del minore)

Cognome		Nome	
Nato/a		In data	
Residente in		Via e n°	

DICHIARA CHE IL SUDETTO MINORE

che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni, inoltre

è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?	SI	NO
è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?	SI	NO
è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?	SI	NO
ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)?	SI	NO
manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)?	SI	NO

DICHIARA INOLTRE

di impegnarsi a comunicare prima di ogni ingresso a scuola qualsiasi variazione di quanto sopra dichiarato durante l'arco di tutto l'anno scolastico, compreso l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea (che andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto.

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno del plesso scolastico (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizza, inoltre UISP Comitato territoriale Modena APS al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data

Firma del genitore/tutore legale

.....