ISTITUTO COMPRENSIVO MASSA 3

CODICE MECCANOGRAFICO MSIC82000C - CF 80001580457
Via Casamicciola, 10 - 54100- Marina di Massa – Massa (MS)
E.mail: msic82000c@pec.istruzione.it - msic82000c@istruzione.it
tel. 0585/240162/245800
Sito Web www.istitutocomprensivomassa3.edu.it

AUTODICHIARAZIONE

ARTT.46 E 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____C.F._____

NATO/A A_____(___) IL ___ /___/____

RESIDENTE A _____ (____) VIA _____N. ____

RECAPITO TELEFONICO_____

GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO/A _____ CLASSE___SEZ.__

MOTIVO DELL'ACCESSO_____

TENUTO CONTO DI QUANTO PREVISTO DAL D.L. 23 FEBBRAIO 2020 N.6 E RELATIVE ULTERIORI DISPOSIZIONI ATTUATIVE (DPCM 8 MARZO 2020, DPCM 9 MARZO 2020 E DPCM 11 MARZO 2020), DAL D.L. 9 MARZO 2020 N.14, DALLA CIRCOLARE DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 22/02/2020 E DI QUANTO DISPOSTO DALLA REGIONE TOSCANA (ORDINANZA N.8 DEL 6 MARZO 2020, ORDINANZA N. 9 DELL'8 MARZO 2020, ORDINANZA N. 10 DEL 10 MARZO E PROCEDURA N.2, VEC.3, DEL 02/03/2020), CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE PENALI PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI A PUBBLICO UFFICIALE (ART. 76 DPR N. 445/2000 E ART. 495 C.P.)

DICHIARA CHE L'ALUNNO/A DI CUI SOPRA

1. HA SOGGIORNATO OVVERO E' TRANSITATO, NEGLI ULTIMI 14 GIORNI, IN ZONE A RISCHIO EPIDEMIOLOGICO

□ **SI'** □ **NO**

2. HA AVUTO CONTATTO CON SOGGETTI CHE ABBIANO SOGGIORNATO OVVERO SIANO TRANSITATI NELLE ZONE A RISCHIO EPIDEMIOLOGICO IDENTIFICATE DALLA ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (OMS) OVVERO CON SOGGETTI CHE HANNO ACCUSATO SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA (TOSSE, DISPNEA) E/O FEBBRE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI OVVERO CON SOGGETTI RISULTATI POSITIVI PER SARS-COV-2 (GIÀ NCOV2019) OVVERO DI AVER RICEVUTO DIAGNOSI DI COVID-19;

□ **SI'** □ **NO**

3. HA AVUTO CONTATTO STRETTO CON SOGGETTI CHE LAVORANO IN AMBIENTE SANITARIO □ **SI'** □ **NO** GIÀ SOTTOPOSTI A TEST SIEROLOGICO RAPIDO □ **SI'** □ **NO** - CON RISULTATO □ **POSTIVO** □ **NEGATIVO** OPPURE TAMPONE RINO-FARINGEO □ **SI'** □ **NO** CON RISULTATO

□ **POSTIVO** □ **NEGATIVO**

4. HA FREQUENTATO UNA STRUTTURA SANITARIA DOVE SONO STATI RICOVERATI PAZIENTI CON INFEZIONE DA SARS-COV-2

□ **SI'** □ **NO**

5. E' RISULTATO POSITIVO PER SARS-COV-2 (GIÀ NCOV2019) OVVERO HA RICEVUTO DIAGNOSI DI COVID-19 □ **SI'** □ **NO**

6. HA ACCUSATO SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA (ES. TOSSE, DISPNEA) E/O FEBBRE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI □ **SI'** □ **NO**

7. ACCUSA, ALLO STATO ATTUALE, SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA (ES. TOSSE, DISPNEA) E/O FEBBRE □ **SI'** □ **NO**

8. HA PRESO VISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE INERENTE LA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO E LE MISURE ANTI-COVID, PUBBLICATE SUL SITO DELLA SCUOLA

LÌ, ____/____/_____ FIRMA (LEGGIBILE) DEL GENITORE/TUTORE

ESTREMI DOCUMENTO DEL GENITORE/TUTORE : TIPO _____ N°_____