# AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto/a

nato a il

Residente a

Via n. Telefono

# Dichiara

sotto la propria responsabilità e consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall’art. 76 del DPR 445/2000, che il proprio Figlio/a ………………………… frequentante la Classe …………………… della Scuola ………………………….. :

* **non è sottoposto alla misura della quarantena** e non è risultato positivo al COVID-19 o, in caso di positività, di aver successivamente effettuato due tamponi diagnostici negativi;
* sulla base delle informazioni in proprio possesso, di **non è stato a contatto con un caso di COVID- 19**;
* non è essere stato (né personalmente né suoi congiunti dello stesso nucleo familiare) negli ultimi 20 gg in regioni/nazioni ove sono presenti focolai di COVID 19 o con incremento di contagi in corso;
* non presenta sintomi influenzali (febbre =/> 37,5°, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell’olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi riconducibili a COVID- 19);

# è al corrente dell’obbligo di venire a scuola muniti di mascherina che dovrà essere indossata correttamente e obbligatoriamente durante tutta la permanenza nei locali della scuola;

* è al corrente dell’obbligo di rispettare sempre in particolare all’interno dell’Istituto, le norme sul distanziamento sociale, uso della mascherina, lavaggio delle mani;

**Dichiara inoltre**

* di aver preso visione sul sito della scuola, nella sezione Regolamenti, del Regolamento interno aggiornato alle regole Anticovid <http://www.icluigisettembrini.gov.it/site/wp-content/uploads/2020/09/INTEGRAZIONE-REGOLAM-IST-SETT2020.pdf>, PROT. N. 2772 DEL 18/09/2020 e di rispettarlo integralmente;
* **di rispettare l’obbligo** di non dover recarsi al lavoro/ a scuola in caso di comparsa di sintomi di malattia COVID-19 (febbre =/> 37,5°, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell’olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi riconducibili a COVID-19) ma contattare il medico curante e segnalarlo al medico competente istituzionale;
* **di essere informato** che in caso di rilevazione all’interno dell’istituzione scolastica con temperatura corporea e, se pari o superiore a 37,5 gli alunni saranno accompagnati nel locale prevenzione COVID appositamente individuato all’interno della scuola, saranno convocati i genitori che avranno l’obbligo di ricondurli/le immediatamente a casa e avvertire il medico curante per gli opportuni controlli e protocolli;

#

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME alunno/a****CLASSE……………………SCUOLA…………………** | **FIRMA GENITORE**---------------------------------------------------------- |