

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 PER ISCRITTI AI CORSI DI NdA****PARTE RISERVATA AL CORSISTA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_, identificato a mezzo \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
utenza telefonica \_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, DICHIARA, per quanto di propria conoscenza:

- di essere  non essere stato affetto da COVID-19
- di essere  non essere sottoposto a regime di quarantena da parte delle autorità sanitarie
- di essere  non essere stato esposto a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni consapevole che in caso di risposta positiva non potrà accedere alla scuola se non in possesso di un certificato di guarigione.

Mi impegno ad informare il medico di famiglia, e a non frequentare la scuola, in caso di:

- comparsa di temperatura oltre i 37.5°;
- esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19
- qualsiasi sintomatologia (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto)

Mi impegno a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da indicazioni igienico-sanitarie di cui sono a conoscenza.

Autorizzo la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso la scuola ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, sino al termine dello stato d'emergenza.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Preso visione della presente informativa, attesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali di mio figlio/a minore e confermo quanto sopra dichiarato.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_ Firma madre \_\_\_\_\_

**GENITORE**