

AUTODICHIARAZIONE DELLO/A STUDENTE/SSA PER ESSERE RIAMMESSO/A A SCUOLA

Il/la sottoscritto/a....., nato/a il / / a..... (.....),
residente a (.....)
via.....n., frequentante la classe del plesso.....

IN CASO DI MINORI

Il/la sottoscritto/a....., nato/a il / / a..... (.....),
residente a (.....)
via.....n., Genitore/Tutore dello/a studente/ssa
frequentante la classe..... del plesso....., per conto del/della proprio/a figlio/a

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ☐ di non essere sottoposto/a alla misura della quarantena o isolamento fiduciario e di non essere positivo/a al COVID-19 di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020;
- ☐ di essere risultato/a positivo/a all'infezione da COVID-19 e di produrre la certificazione medica da cui risulta la "avvenuta negativizzazione" del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal Dipartimento di Prevenzione territoriale di competenza (*dovrà apporre la spunta solo chi ha contratto il COVID*);
- ☐ nei 14 giorni precedenti alla presente dichiarazione di non aver avuto alcuna infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno dei seguenti segni e sintomi riconducibili a Covid quali febbre, tosse e difficoltà respiratoria, ecc) e di non essere stato/a a stretto contatto con un caso confermato o in attesa di conferma di infezione da COVID-19;
- ☐ in caso di effettuazione di screening volontario, di essere risultato/a negativo/a al test per COVID-19 e di non essersi ritrovato/a in nessuna situazione potenzialmente pericolosa dall'esecuzione del tampone ad oggi;
- ☐ di essere a conoscenza delle sanzioni previste in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento (art. 650 c.p. salvo che il fatto non costituisca grave reato);

DICHIARA INOLTRE:

- ☐ di recarsi presso la struttura scolastica solo nel caso in cui si accerti che la temperatura sia inferiore a 37,5° e di non presentare alcuna infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno dei seguenti segni e sintomi riconducibili a sintomatologia Covid, quali febbre, tosse e difficoltà respiratoria, ecc);
- ☐ di essere consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. art. 495 c.p.

Data

Firma del dichiarante



C/da Santa Lucia
98071 Capo d' Orlando (Me)



Tel.: 0941 901063
Fax: 0941 912658



www.merendino.edu.it
meis02400r@istruzione.it

Codice Univoco: UFBAMD - **Codice Fiscale:** 95002390839