

***AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE.***

*\_AI SENSI DEGLI ARTT.NN.46/47 DEL D.P.R.28.12.2000/N.445\_*

I SOTTOSCRITTI:

NOME COGNOME NOME COGNOME (GENITORI E/O TUTORI)

DELL’ALUNNO/A

NATO/A IL A

*FREQUENTANTE LA CLASSE - A.S.*

*DELL’ISTITUZIONE SCOLASTICA*

*RICEVUTA L’INFORMATIVA RELATIVAMENTE AL ‘REGOLAMENTO RECANTE MISURE DI PREVENZIONE E CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL SARS-COV-2 - PROCEDURE ATTUATIVE PIANO-RIENTRO’*

*(VED.ALLEGATO)*

 *AI SENSI DEGLI ARTT.NN.46/47 DEL D.P.R.28.12.2000/N.445, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL’ART.N.76 DEL MEDESIMO D.P.R.445/2000 PER LE IPOTESI DI FALSITÀ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI IVI INDICATE*

 ***PER ENTRARE A SCUOLA PERSONALMENTE***

*O*

 ***PER PERMETTERE DI ENTRARE A SCUOLA AL PROPRIO FIGLIO/A***

***DICHIARANO CHE:***

***DEVONO VERIFICARE E CONTROLLARE QUOTIDIANAMENTE PRIMA DELL’ACCESSO A SCUOLA IL POSSESSO DEI***

***‘REQUISITI DI SALUTE’***

*OSSIA*

***L’INSUSSISTENZA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI DI***

***PERICOLO CHE***

***PRECLUDONO L’ACCESSO IN OGNI PLESSO SCOLASTICO***

* ***SINTOMI DI INFLUENZA \_ TEMPERATURA OLTRE 37,5° (NEGLI ULTIMI TRE GIORNI).***
* ***AVERE AVUTO CONTATTI \_ NEGLI ULTIMI 14 GIORNI \_ CON SOGGETTI RISULTATI POSITIVI AL COVID-19 (PERSONE MALATE E/O CONTAGIATE).***
* ***AVERE AVUTO CONTATTI \_ NEGLI ULTIMI 14 GIORNI \_ CON SOGGETTI PROVENIENTI DA ZONE A RISCHIO SECONDO LE INDICAZIONI DELL’OMS.***

***INOLTRE***

***I SOTTOSCRITTI SI IMPEGNANO***

***.A RISPETTARE PERSONALMENTE***

***e***

***.A FAR RISPETTARE AL PROPRIO FIGLIO/A:***

 GLI ADEMPIMENTI PREVISTI DALLE NORME VIGENTI

 TUTTE LE DISPOSIZIONI DELLE AUTORITÀ

 TUTTE LE PRESCRIZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO NEL FARE ACCESSO ALLA SCUOLA.

IN PARTICOLARE:

 MANTENERE LA DISTANZA DI SICUREZZA (UN METRO)

 OSSERVARE LE REGOLE DI IGIENE GENERALI ED IN PARTICOLARE DI IGIENE DELLE MANI

 UTILIZZARE I DPI DI PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE (USO DELLA MASCHERINA) DURANTE L’INGRESSO \_ IL TRANSITO NEI CORRIDOI/SCALE \_ L’USCITA E SECONDO LE INDICAZIONI IMPARTITE DAL MINISTRO DELLA SALUTE E COMUNICATE DAL DIRIGENTE.

 A INFORMARE TEMPESTIVAMENTE IL DOCENTE DELLA PRESENZA DI QUALSIASI SINTOMO INFLUENZALE DURANTE LA PERMANENZA NELL’ISTITUTO, AVENDO CURA DI RIMANERE AD ADEGUATA DISTANZA DALLE PERSONE PRESENTI.

DOCUMENTI ALLEGATI INFORMATIVA

*DATA: \_\_\_*

*PADRE/TUTORE:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*MADRE/TUTRICE:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI (O TUTORI) LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO.*