

FAC SIMILE PER AUTOCERTIFICAZIONI IN CASO DI ASSENZE PER MALATTIE INFERIORE O UGUALI A 3 O 5 GIORNI
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Recapiti: ☎ _____) _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, *studente di questo istituto*

DICHIARO

- Che il pediatra è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino**
- Che il pediatra dr/dr.ssa _____ previo**
 - consulto telefonico**
 - visita medica****ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica**
- Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi riferibili a COVID - 19**

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Il trattamento dei dati particolari viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679 "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale. I suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture a ciò deputate e non ceduti in nessun modo a terzi se non nei casi in cui questo sia previsto da disposizioni normative in materia emergenziale (es. art. 17 bis (Decreto-legge 18/20 come convertito dalla legge n. 27, 24 aprile 2020).

Lì _____ Data _____

Il dichiarante _____ (firma leggibile)

FAC SIMILE PER AUTOCERTIFICAZIONI IN CASO DI ASSENZE PER MOTIVI DIVERSI DA MALATTIA

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Recapiti: ☎ _____ } _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, *studente di questo istituto*

DICHIARO CHE

- Il minore sarà assente dal _____ al _____, per motivi diversi da malattia**
- Nessun membro della famiglia, in tale periodo o nei 14 giorni precedenti, soggiognerà o transiterà in zone considerate a rischio (DPCM 7 settembre 2020, All.C)**
- Croazia, Francia (limitatamente alle Regioni Alvernia-Rodano-Alpi, Corsica, Hauts-de-France, Île-de-France, Nuova Aquitania, Occitania, Provenza-Alpi-Costa azzurra), Grecia, Malta o Spagna». (obbligatorio test molecolare o antigenico all'ingresso)
- Romania, Bulgaria, Australia, Canada, Georgia, Giappone, Nuova Zelanda, Ruanda, Repubblica di Corea, Thailandia, Tunisia, Uruguay al rientro è necessario auto-segnalarsi alle autorità competenti e sottoporsi ad isolamento fiduciario e sorveglianza sanitaria
- Kosovo, Montenegro, Serbia, Armenia, Bahrein, Bangladesh, Bosnia Erzegovina, Brasile, Cile, Kuwait, Macedonia del Nord, Moldova, Oman, Panama, Perù, Colombia e Repubblica Dominicana, divieto di ingresso, con l'eccezione dei cittadini UE e loro familiari che abbiano la residenza anagrafica in Italia da prima del 9 luglio 2020. Al rientro è necessario auto-segnalarsi alle autorità competenti e sottoporsi ad isolamento fiduciario e sorveglianza sanitaria
- Resto del mondo gli spostamenti sono consentiti solo in presenza di precise motivazioni, all'ingresso/rientro, è necessario compilare un'autodichiarazione nella quale si deve indicare la motivazione
- Il minore non ha presentato, in tale periodo o nei 14 giorni precedenti ha presentato sintomi quali**
- | | |
|---------------------------------------|------------------------|
| Febbre | Tosse e/o espettorato |
| Stanchezza e/o crampi muscolari | Difficoltà a respirare |
| Difficoltà a percepire sapori e odori | Mal di testa |
| Congiuntivite e/o congestione nasale | Vomito e/o diarrea |

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);

Il/la sottoscritto/a **si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati** nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Il **trattamento dei dati particolari** viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679 "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale. I suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture a ciò deputate e non ceduti in nessun modo a terzi se non nei casi in cui questo sia previsto da disposizioni normative in materia emergenziale (es. art. 17 bis (Decreto-legge 18/20 come convertito dalla legge n. 27, 24 aprile 2020).

Lì _____ Data _____

Il dichiarante _____

AUTOCERTIFICAZIONI DI CONVIVENTE DI CASO POSITIVO O CONTATTO STRETTO
(ad uso dell'Unità Distrettuale COVID)
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Dichiara, consapevole della propria responsabilità civile e penale quanto segue:

- È familiare convivente del/della Sig./Sig.ra _____
soggetto risultato positivo al COVID 19 e per tanto in isolamento domiciliare fiduciario presso la propria residenza
sita in _____ via _____ n° _____
- Ha la possibilità, all'interno dell'immobile citato al punto precedente, di essere completamente isolato/a e di
disporre di servizi igienici adeguati alle proprie esigenze;
- Ha la possibilità di completare il periodo di isolamento in altro immobile
- Non ha nessuna delle possibilità sopra descritte

Dichiara inoltre

- Di essere stato informato sui comportamenti e misure precauzionali da osservare ;
- Autorizza la ASL di Viterbo a trasmettere la presente dichiarazione alle Autorità Civili ed alle Forze
dell'Ordine per i necessari controlli;

La presente dichiarazione viene resa nella conoscenza delle norme che regolano la emergenza COVID 19 e nella piena
consapevolezza che comportamenti difforni alle vigenti disposizioni ed a quanto dichiarato saranno puniti secondo
l'art. 650 del C.P. , salvo che i fatti addebitati comportino più gravi reati.

_____, li _____

In fede _____