

Prot n. (a cura degli Uffici)

Piancastagnaio, Radicofani

Il/La sottoscritto/a nato/a a
Genitore/tutore di
residente a in via/piazza

Numero telefonico per eventuale contatto ai
sensi artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti

DICHIARA

di conoscere e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da COVID-19 ed in particolare di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere e di far rimanere il proprio figlio/a / il minore affidato al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°C) o di altri sintomi "influenzali" e di chiamare il proprio medico e l'Autorità Sanitaria competente.

Per quanto concerne l'assenza del minore dal al dichiara

SI /NO	Situazione del minore
	1.È stato assente per motivi personali/familiari .
	2.E' stato assente per motivi di salute non riconducibili a malattie di natura trasmissiva ed infettiva o imputabili a Sars CoV 2. Il medico di medicina generale / pediatra dott.....contattato il giorno.....alle orenon ha ritenuto necessario sottoporlo a tampone e/o non ha ritenuto necessario rilasciare alcun certificato.
	3.Pur essendo stato mandato a casa da scuola per "sintomo CoViD" (febbre superiore a 37,5 °C , tosse, cefalea, nausea, vomito, diarrea, faringodinia (mal di gola), dispnea (difficoltà respiratoria), mialgie (dolori muscolari), rinorrea/congestione nasale (naso chiuso e/o "naso che cola"). Il medico di medicina generale / pediatra dott.contattato il giorno.....alle orenon ha ritenuto necessario sottoporlo a tampone e/o non ha ritenuto necessario rilasciare alcun certificato.
	4.Il proprio figlio/a o uno dei componenti il nucleo familiare sono rientrati in Italia negli ultimi 14 giorni da uno Stato Estero o da una zona ad alto rischio contagio e comunque l'allievo non è sottoposto da parte delle autorità competenti a "quarantena"
	5.In data.....alle ore.....il medico di medicina generale/pediatra ha comunicato telefonicamente la negatività del tampone effettuato in data.....

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti nel presente modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Il dichiarante

aderisce al movimento Piccole Scuole di Indire