



Istituto Comprensivo I.C. delle Quattro Valli

Piazza Ferraro 10 - 14045 Incisa Scap.no (AT)

Tel 0141 791002 – Fax 0141 747656

e-mail: atic815009@istruzione.it - e-mail pec: atic815009@pec.istruzione.it

Codice Fiscale: 91013380059- C.M. ATIC815009

Sito internet : www.icdellequattrovalli.gov.it

Ufficio distaccato per la Valle Bormida:

Piazza Roma, 65 -14058 Monastero Bormida - Tel: 0144 88029 – Fax 0144 330775

e-mail: 4vallimonastero@email.com

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto _____, nato il
____/____/____ a _____ (prov. ____)

Documento di riconoscimento _____ n. _____, del
_____ genitore dell'alunno _____ che

frequenta la scuola _____ di _____ consapevole delle
conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)

dichiara sotto la propria responsabilità che ,

relativamente all'accesso presso le scuole dell'I.C. delle 4 valli,

il proprio figlio minore:

- non è stato sottoposto negli ultimi 14 giorni alla misura della quarantena o di isolamento domiciliare e che non è stato in contatto negli ultimi 14 giorni con persone sottoposte ad analoghe misure
- non è attualmente positivo al COVID 19, per quanto di propria conoscenza, e che non è stato in contatto con una persona affetta da Covid 19 negli ultimi 14 giorni
- non è rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno Stato estero o da una zona ad alto rischio di contagio (elenco C allegato 20) per il quale, oltre ad obbligo di test molecolare, è fatto obbligo, a prescindere dall'esito del test, sottoporsi a un periodo di 5 gg di quarantena previa comunicazione del proprio ingresso nel territorio nazionale al Dipartimento di prevenzione dell'Azienda sanitaria competente per territorio ed effettuare un ulteriore test molecolare al termine dei 5 gg di quarantena.
- non ha né ha avuto nei precedenti 3 giorni febbre superiore a 37,5 o altri sintomi da infezione respiratoria o sospetti COVID (tosse, raffreddore, difficoltà respiratorie, mal di gola, cefalea, forte astenia, diminuzione o perdita dell'olfatto/ gusto, diarrea..), né è stato a contatto negli ultimi 3 giorni con persone con tali sintomi

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno di questa struttura; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da Covid-19.

Data _____ Firma _____