

Istituto Comprensivo Porto Garibaldi

Via Pastrengo n.1

44029 – PORTO GARIBALDI (Comacchio) - (Fe)

C.F. 91016560384

0533.324697

e-mail: feic82000p@istruzione.it

0533.353438

p.e.c.: feic8200p@pec.istruzione.it

www.istitutocomprensivoportogaribaldi.edu.it



*Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le pari opportunità*

AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale dell'alunno in caso di minore):

COGNOME		NOME	
NATO/A A		IL	
RESIDENTE A:		VIA/PZ	N°
IN QUALITA' DI:			

DICHIARA

**che il proprio figlio/a _____ non
ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che
negli ultimi 14 giorni:**

	SI'	NO
È stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?		
È stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?		
È stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?		
Ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore a 37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto).		
Manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore a 37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)		

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.

AUTORIZZA

al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 2016/679 e della normativa vigente.

Luogo e Data

Firma del genitore/tutore
