# AUTODICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA DELLO STUDENTE ASSENTE PER MALATTIA

# Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà (Art. 46 DPR 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………, nato/a il …../…../………. a …………………………….. (… ), residente

in ………………………………..……………….…………. (……), via …….………….………..……………………, tel. ……………………………….

Genitore/tutore dell’alunna/o:

………………………………….……………………………………………….…………………. frequentante la classe……………………………..

di codesto Istituto,

# DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

* Che l’alunno/a in oggetto non si è sottoposto/a alla misura della quarantena e non è risultato/a positivo al COVID-19 di cui all’articolo 1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020;
* Di aver contattato il Medico di medicina generale dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che ha stabilito che il caso non rientra nel percorso Covid né necessita di giorni di malattia superiori a 5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica;
* Che l’alunno/a in oggetto è risultato negativo al test COVID-19, a cui si è sottoposto perché contatto di positivo, e non si è ritrovato in nessuna situazione potenzialmente pericolosa dall’esecuzione del tampone ad oggi, e di produrre la certificazione medica da cui risulta tale situazione di negatività;
* Che l’alunno/a in oggetto è risultato positivo/a all’infezione da COVID-19 e di produrre la certificazione medica da cui risulta la “avvenuta negativizzazione” del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza;
* Nei 14 giorni precedenti alla presente dichiarazione l’alunno/a in oggetto non ha avuto alcuna infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno dei seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria), di non è stato a stretto contatto con un caso probabile o confermato di infezione di COVID-19, di non è stato in zone con presunta trasmissione diffusa o locale (aree rosse e paesi oggetto di contagio);
* Di essere a conoscenza delle sanzioni previste in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento (artt. 650 c.p. salvo che il fatto non costituisca più grave reato).

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).

Data, Firma del dichiarante