**Prelevamento alunno con sintomi**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

padre/madre/delegato al ritiro di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_

documento di identità n.\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

codice fiscale\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del plesso di scuola

* Secondaria di I° gr. “*A. Canova*”
* Primaria “*N. Sauro*”(Brugnera)
* Primaria “*G. Mazzini*”(Maron)
* Primaria “*Sacilotto*” (Tamai)

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.) e sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

* di essere a conoscenza delle attuali misure anti-contagio e di contrasto all’epidemia COVID-19 di cui al relativo Protocollo pubblicato nel sito dell’Istituto Comprensivo “Villa Varda” di Brugnera;
* di prelevare il proprio/a figlio/a alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a seguito di segnalazione da parte della scuola di insorgenza di sintomi simil-influenzali sospetti

**SI IMPEGNA**

* **contattare tempestivamente il Pediatra di riferimento o il medico curante** per la valutazione clinica (triage telefonico) del caso, come indicato nel Rapposto ISS Covid n. 58 del 21.08.2020;
* a informare tempestivamente la scuola in caso di contagio da Covid-19 accertato.

Il/La sottoscritto/a 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.

* Consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* da compilare solo in caso di persona delegata dal genitore