

FAC SIMILE PER AUTOCERTIFICAZIONI IN CASO DI ASSENZE PER MOTIVI DIVERSI DA MALATTIA
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Recapiti: ☎ _____ } _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, *studente di questo istituto*

DICHIARO CHE

- Il minore sarà assente dal _____ al _____, per motivi diversi da malattia**
- Nessun membro della famiglia, in tale periodo o nei 14 giorni precedenti, soggiorerà o transiterà in zone considerate a rischio (DPCM 7 settembre 2020, All.C)**
 - Croazia, Francia (limitatamente alle Regioni Alvernia-Rodano-Alpi, Corsica, Hauts-de-France, Île-de-France, Nuova Aquitania, Occitania, Provenza-Alpi-Costa azzurra), Grecia, Malta o Spagna». (obbligatorio test molecolare o antigenico all'ingresso)
 - Romania, Bulgaria, Australia, Canada, Georgia, Giappone, Nuova Zelanda, Ruanda, Repubblica di Corea, Thailandia, Tunisia, Uruguay al rientro è necessario auto-segnalarsi alle autorità competenti e sottoporsi ad isolamento fiduciario e sorveglianza sanitaria
 - Kosovo, Montenegro, Serbia, Armenia, Bahrein, Bangladesh, Bosnia Erzegovina, Brasile, Cile, Kuwait, Macedonia del Nord, Moldova, Oman, Panama, Perù, Colombia e Repubblica Dominicana, divieto di ingresso, con l'eccezione dei cittadini UE e loro familiari che abbiano la residenza anagrafica in Italia da prima del 9 luglio 2020. Al rientro è necessario auto-segnalarsi alle autorità competenti e sottoporsi ad isolamento fiduciario e sorveglianza sanitaria
 - Resto del mondo gli spostamenti sono consentiti solo in presenza di precise motivazioni, all'ingresso/rientro, è necessario compilare un'autodichiarazione nella quale si deve indicare la motivazione
- Il minore non ha presentato, in tale periodo o nei 14 giorni precedenti ha presentato sintomi quali**

Febbre	Tosse e/o espettorato
Stanchezza e/o crampi muscolari	Difficoltà a respirare
Difficoltà a percepire sapori e odori	Mal di testa
Congiuntivite e/o congestione nasale	Vomito e/o diarrea

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).

Lì _____ Data _____

Il dichiarante _____