
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	Piano per la prevenzione e/o limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata	 REGIONE LAZIO
Edizione del 16/10/20	PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA	Pag. 10 di 17

FAC SIMILE PER AUTO DICHIARAZIONE***

*** fac simile ad uso delle Scuole, da personalizzare secondo le esigenze di ciascun istituto

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 pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino e che ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica
- Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi simil-influenzali o riferibili a COVID – 19 (temperatura corporea al di sopra di 37.5°C, tosse, mal di gola, diarrea, perdita o alterazione del gusto, perdita o diminuzione dell'olfatto, etc.)

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero;

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.

Lì _____ Data _____

Il dichiarante _____ (firma leggibile)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19