

**FAC SIMILE PER AUTOCERTIFICAZIONI IN CASO DI ASSENZE PER MALATTIE INFERIORE O UGUALI A 3 O 5 GIORNI**  
 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 pediatra è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino**
- Che il pediatra dr/dr.ssa \_\_\_\_\_ previo**
  - consulto telefonico**
  - visita medica****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 riferibili a COVID - 19**

***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 \_\_\_\_\_ (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

**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, soggiognerà 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** \_\_\_\_\_

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

**AUTOCERTIFICAZIONI DI CONVIVENTE DI CASO POSITIVO O CONTATTO STRETTO**

**(ad uso dell'Unità Distrettuale COVID)**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Dichiara, consapevole della propria responsabilità civile e penale quanto segue:

- È familiare convivente del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
 soggetto risultato positivo al COVID 19 e per tanto in isolamento domiciliare fiduciario presso la propria residenza  
 sita in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- Ha la possibilità, all'interno dell'immobile citato al punto precedente, di essere completamente isolato/a e di  
 disporre di servizi igienici adeguati alle proprie esigenze;
- Ha la possibilità di completare il periodo di isolamento in altro immobile
- Non ha nessuna delle possibilità sopra descritte

Dichiara inoltre

- Di essere stato informato sui comportamenti e misure precauzionali da osservare ;
- Autorizza la ASL di Viterbo a trasmettere la presente dichiarazione alle Autorità Civili ed alle Forze  
 dell'Ordine per i necessari controlli;

La presente dichiarazione viene resa nella conoscenza delle norme che regolano la emergenza COVID 19 e nella piena  
 consapevolezza che comportamenti difforni alle vigenti disposizioni ed a quanto dichiarato saranno puniti secondo  
 l'art. 650 del C.P. , salvo che i fatti addebitati comportino più gravi reati.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

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