



Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto scolastico

AUTOCERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.

La/il sottoscritta/o:

| | | |
|-------------|----------------|-----------------------|
| Nome | Cognome | Codice fiscale |
| | | |

| | | |
|--------------------------|--------------|------------------------|
| Comune di nascita | Prov. | Data di nascita |
| | | |

| | | |
|----------------------------|--------------|----------------------------|
| Comune di residenza | Prov. | Indirizzo residenza |
| | | |

| | |
|-----------------|---------------|
| Telefono | e-mail |
| | |

in possesso del seguente documento di riconoscimento: *(allegare copia del documento)*

carta di identità / patente di guida / passaporto / altro documento di riconoscimento: _____

| | | | |
|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Numero | Rilasciato da | Data rilascio | Data scadenza |
| | | | |

Consapevole delle sanzioni, anche penali, previste in merito dalla legge anche per eventuali abusi di utilizzo in carenza dei requisiti prescritti dalla legge (artt. 76 e 76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere operatore scolastico (personale docente e non docente) dell'istituto scolastico in indirizzo;

di essere alunno maggiorenne dell'istituto scolastico in indirizzo;

di essere il **GENITORE / TUTORE / AFFIDATARIO del minore:**

| | | |
|-----------------|--------------|------------------------|
| Cognome: | Nome: | Codice fiscale: |
| | | |

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| | |

(in caso di genitore/tutore/affidatario)

che il proprio congiunto ha osservato i 14 giorni di quarantena dall'ultimo contatto con il caso Covid-19;

che il proprio congiunto non presenta stati sintomatologici in atto, correlati al Covid-19.

(in caso di operatore scolastico/alunno maggiorenne)

di aver osservato i 14 giorni di quarantena dall'ultimo contatto con il caso Covid-19;

di non presentare stati sintomatologici in atto, correlati al Covid-19.

Dichiara, altresì, che l'interessata/o ovvero il suo genitore/tutore/affidatario è stata/o informata/o circa le misure di prevenzione e contenimento del contagio da porre in essere e che i propri dati e quelli dei "contatti scolastici" saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, attraverso sistemi informatici della Regione Puglia, delle Aziende Sanitarie, Enti e Strutture del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità sopra richiamate connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Data, _____

Il dichiarante
(firma estesa e leggibile)

Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante.