

Allegato 2 - 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 in tale periodo o nei 14 giorni precedenti

non ha presentato

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 se 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
