

## Rischio Biologico da Covid-19

# Dichiarazione sostitutiva di certificazione in merito alla corretta applicazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Come da protocollo di sicurezza anti-contagio e in base a quanto previsto dal Patto di Corresponsabilità reciproca firmato il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il ..... e residente nel Comune di

..... in via ..... n.

.....

Codice Fiscale ..... in qualità di

.....

del bambino/a ..... ai sensi del D.P.R. 445 del

28/12/2000 sotto la mia personale responsabilità e a piena conoscenza della responsabilità penale previste

per le dichiarazioni false dall'articolo 76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del codice penale e dalle

leggi speciali in materia

## DICHIARA

che in seguito (barrare con una x la voce interessata):

all'allontanamento del bambino/a dalla scuola per temperatura non conforme all'ingresso

a all'allontanamento del bambino dalla scuola per sintomi sospetti (es. febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.)

ad un sintomo sospetto verificatosi in ambito familiare

ha provveduto a contattare in data ..... il Dott. .... in qualità di Pediatra di riferimento.

Da tale incontro/contatto non sono emerse sintomi/patologie che possano precludere la regolare partecipazione alla vita scolastica da parte del bambino/a.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essersi attenuto a quanto prescritto dal medico di riferimento.

..... li .....

Firma

.....