**AUTODICHIARAZIONE**

Io sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………………… (nome e cognome), luogo di nascita ……………………………………………………... data di nascita ……………………….…………………, documento di riconoscimento ….………………………………………………………………………………………………………………… studente frequentante la classe …………… presso codesto Liceo

**DICHIARO che**

Ho effettuato il periodo di quarantena a seguito della possibile esposizione all’infezione Sars-Cov2 (contatto stretto con un positivo) per il monitoraggio dell’eventuale comparsa di sintomi e la identificazione tempestiva di nuovi casi, così come disposto dalla Asl con comunicazione del …………………… prot. N. ……………, in particolare ho osservato (barrare la casella con una x):

⃝ un periodo di quarantena di 14 giorni dall’ultima esposizione al caso\*;

⃝ un periodo di quarantena di 10 giorni dall’ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno.

**DICHIARO**

* di avere letto e compreso l’informativa relativa ai trattamenti di dati connessi ad attività per il contrasto del Covid-19;
* di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da Covid-19 presenti nel Piano d’intervento scolastico anticontagio Covid-19 e nel Regolamento d’Istituto-integrazione Covid-19 pubblicati sul sito;
* di essere a conoscenza dell’obbligo di rimanere presso il domicilio in presenza di febbre (oltre 37,5 °C) o di altri sintomi come brividi, tosse secca, spossatezza, indolenzimento, dolori muscolari, diarrea, perdita del gusto e/o dell’olfatto, difficoltà respiratorie o fiato corto… e di dover avvisare il medico di famiglia.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l’emergenza pandemica del SARS-CoV-2.

**Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Io sottoscritto, ………………………………………………………………………., luogo di nascita ……………………………... data di nascita ………………………..…, documento di riconoscimento ………………………………………………………………………… in qualità di genitore / esercente la potestà genitoriale dello/sullo studente sopra menzionato

**DICHIARO**

di essere consapevole di quanto dallo stesso dichiarato.

**Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*Si ricorda che il Ministero della Salute con circolare 32850 del 12 ottobre 2020 ha raccomandato di eseguire il test** **molecolare a fine quarantena a tutte le persone che vivono o entrano in contatto regolarmente con soggetti fragili e/o a rischio di complicanze.**