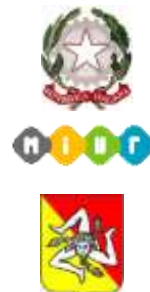




Ministero dell'Istruzione

Direzione Didattica 1° Circolo "Giovanni XXIII"

Via G. Licata, 18 - 92019 SCIACCA (AG) Tel./Fax 0925-24544 - Tel. 0925-86220-86517
Codice MIUR AGEE034005 - Codice Fiscale 83001290846 - Codice Univoco UFZU54
e-mail: agee034005@istruzione.it PEC: agee034005@pec.istruzione.it sito web: www.primocircolosciacca.edu.it



**AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi degli Artt. 46 e 47 del DPR 28 12 2000 n° 445
PER L'ACCESSO A SCUOLA PERMANENTE IN OSSERVANZA DELLE MISURE DI PREVENZIONE COVID-19**

**LA PRESENTE DICHIARAZIONE DEVE ESSERE CONSEGNATA ALLA SCUOLA FIRMATA DAI
GENITORI/TUTORI**

I sottoscritti

NOME	COGNOME	NUMERO DI TELEFONO PER REPERIBILITÀ IMMEDIATA

In qualità di (*barrare*) Genitori Tutori legali Affidatari

Dell'alunno/ a

COGNOME	NOME	SEZIONE/CLASSE E PLESSO

SI IMPEGNANO PER TUTTO L'ANNO SCOLASTICO 2021-22 A:

- A) misurare la temperatura corporea del/della proprio/a figlio/a ogni giorno, prima di venire a scuola
- B) portare il/la proprio/a figlio/a a scuola solo in assenza di sintomatologia quale febbre, sintomi influenzali e/o raffreddore, mal di gola, tosse, sintomi gastrointestinali affanno, congiuntivite, diarrea, spossatezza etc. anche nei tre precedenti all'accesso (D.M. 39 del 26.6.2020 Piano per la ripartenza anno scolastico 2020/2021)
- C) non mandare il/la proprio/a figlio/a a scuola in caso sia stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni o sia stato a contatto con persone positive, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni (i 14 giorni si riferiscono ai giorni antecedenti ad ogni giorno di frequenza di tutto l'anno scolastico)
- D) a garantire reperibilità immediata in caso il/la proprio/a figlio/a manifestasse durante le attività didattiche sintomatologia riconducibile al COVID 19 (temperatura corporea > 37,5 °C e/o raffreddore, mal di gola, sintomi gastrointestinali, tosse etc.) e chiamare il proprio pediatra che gestirà il caso, per mettere in atto le procedure previste dalle Autorità competenti

Si dichiara inoltre che il figlio/a () ha manifestato () non ha manifestato allergie ai comuni sanificanti utilizzati durante l'emergenza COVID-19 prevalentemente a base di cloro e alcool

DATA _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI /TUTORI/AFFIDATARI

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.