



|  |  |   |
|--|--|---|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE<br><b>ASL VITERBO</b><br>Edizione del 16/10/20 | Piano per la prevenzione e/o limitazione della diffusione del SARS-CoV-2<br>e della patologia correlata<br><b>PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA</b> |  <b>REGIONE LAZIO</b><br>Pag. 10 di 17 |
|--|--|---|

**FAC SIMILE PER AUTO DICHIARAZIONE\*\*\***  
 \*\*\* fac simile ad uso delle Scuole, da personalizzare secondo le esigenze di ciascun istituto

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 pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino e che ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica
- Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi simil-influenzali o riferibili a COVID – 19 (temperatura corporea al di sopra di 37.5°C, tosse, mal di gola, diarrea, perdita o alterazione del gusto, perdita o diminuzione dell'olfatto, etc.)

***Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero; Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé 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.***

Lì \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Il dichiarante** \_\_\_\_\_ (firma leggibile)