



ALLEGATO 02 - GESTIONE EMERGENZE COVID-19

RIEPILOGO INCARICHI GESTIONE SOGGETTO SINTOMATICO

Pag. 1/1
Rev. 00 del 21.09.2020

PLESSO: _____ Referente Covid-19 D'ISTITUTO: _____ OK

Al fine dell'attuazione delle procedure per la gestione delle emergenze Covid, per i casi sintomatici, vengono assegnati i seguenti compiti:

N°	Fase	Figure	Nominativi	Sostituti e Aiutanti
1	Rilevazione sintomatico: Segnalazione del caso con richiesta di assistenza al personale ausiliario	Ogni insegnante nella propria classe, compresi supplenti e sostituti in servizio. <i>NB nel caso di indisponibilità di collaboratori scolastici l'insegnante chiede aiuto ad un collega per sorvegliare la propria classe e assiste il sintomatico</i>		
2	Protezione: indossare i dispositivi di protezione individuale (DPI): o mascherina FFP2 (sempre), o guanti monouso (sempre), o schermo facciale (sempre), o camice monouso (quando necessario).	– Collaboratori scolastici*	... ... ...	... ... ...
3	Assistenza sintomatico: a) accompagnamento in stanza covid, b) misurazione temperatura , c) assistenza e sorveglianza.	– Collaboratori scolastici*	... ... ...	... ... ...
4	Chiamata dei genitori (solo per alunni)	– Referente Covid di Plesso <i>oppure</i>	...	...
		– Insegnante	Ogni insegnante per la propria classe, compresi supplenti e sostituti in servizio	
5	Registrazione del Caso Covid con compilazione registro	– Referente Covid di Plesso <i>oppure</i>	...	...
		– Insegnante <i>oppure</i>	Ogni insegnante, compresi supplenti e sostituti in servizio	
		– Collaboratori scolastici*	... ... ...	... ... ...
6	Consegna del sintomatico alla famiglia (solo per alunni) con firma di uscita	– Referente Covid di Plesso <i>oppure</i>	...	...
		– Insegnante	Ogni insegnante per la propria classe, compresi supplenti e sostituti in servizio	
6.1	In caso di adulti sintomatici uscita autonoma			
7	Pulizia e Sanificazione: stanza Covid e aula del sintomatico	– Collaboratori scolastici	.........	.........

*uno tra i presenti che si occupa dell'assistenza del sintomatico.

8	La famiglia (o l'adulto sintomatico) contatta il pediatra/medico di famiglia e comunica alla scuola le indicazioni dello stesso La scuola riporta sul registro quanto comunicato.	– Referente Covid di Plesso	...	...
		– Insegnanti del sintomatico	Ogni insegnante per la propria classe, compresi supplenti e sostituti in servizio	
9	In caso di comunicazione di avvio alla procedura di test diagnostici la scuola attiva la " PRE ALLERTA COVID ": evitando allarmismi si mantiene la classe del sintomatico particolarmente isolata, escludendo l'uso di aule comuni, applicando i principi di massima precauzione, in attesa del risultato del tampone.	– Referente Covid di Plesso	...	...
		– Insegnanti del sintomatico	Ogni insegnante per la propria classe, compresi supplenti e sostituti in servizio	

In caso di **TAMPONE CON ESITO POSITIVO** il dipartimento di prevenzione attiverà la procedura specifica del caso, comunicando alla scuola come procedere, per tramite del Referente Covid d'Istituto e di Plesso.

In caso di **tampone con esito NEGATIVO** si procede con la riammissione a scuola, ad avvenuta guarigione clinica, previa presentazione di "*attestazione di conclusione del percorso diagnostico terapeutico raccomandato*" (certificato) sottoscritto dal medico curante.

Nel caso in cui il medico **NON PRESCRIVA IL TAMPONE**, la riammissione a scuola è consentita previa presentazione di "Autocertificazione assenza da scuola per motivi di salute sospetti per covid-19 senza tampone".



ALLEGATO 11 – COVID-19

REGISTRO CONTROLLI SETTIMANALI DI PLESSO

Pag.1/1

Rev. 00 del 21.09.2020

OK

PLESSO: _____

REFERENTE COVID DI PLESSO: _____

OGGETTO DELLA VERIFICA	Esito Positivo	Esito Negativo	Note
SEGNALETICA: presenza e integrità cartelli, informative, ecc.			
MASCHERINE: disponibilità mascherine chirurgiche per il personale della scuola, uso sistematico da parte dei lavoratori e degli alunni/studenti, corretto smaltimento.			
ALTRI DPI per COVID: Disponibilità di mascherine FFP2, guanti monouso, camici monouso e schermi facciali e loro impiego da parte del personale scolastico per le attività previste (es. assistenza sintomatico).			
GEL SANIFICANTE: disponibilità presso i punti di erogazione e rifornimento periodico (zona ingresso, aule, zona esterno bagno, ecc.).			
SAPONE E SALVIETTE PER L'ASCIUGATURA: disponibilità nei bagni e rifornimento periodico.			
PRODOTTI PER LE PULIZIE E LA SANIFICAZIONE: disponibilità ai collaboratori e rifornimento periodico.			
REGISTRO PULIZIE E SANIFICAZIONE DEI COLLABORATORI: verifica compilazione sistematica ed esecuzione attività (rif. procedura 13b).			
REGISTRO PRESENZE: Verifica registrazione sistematica di tutte le presenze (All. 03 Registro controllo accessi per genitori, fornitori ed esterni, registro di classe per alunni/studenti, insegnanti, supplenti, OSS e altri registri per il personale).			
PROCEDURE PER GESTIONE ASSEMBRAMENTI, UTILIZZO SPAZI COMUNI, ECC.: Verifica corretta applicazione delle procedure definite nel plesso durante le fasi critiche per il rischio di assembramento e diffusione del contagio (ingresso, uscita, intervallo, mensa, uso dei servizi igienici, palestra, spogliatoi, laboratori, ecc.)			

Note:

Data: _____

Firma compilatore: _____



ALLEGATO 12 – COVID-19 REGISTRO SINTOMATICI

Pag. 1/1

Rev. 00 del 21.09.2020



PLESSO: _____

DATA: _____

NOMINATIVO SINTOMATICO: _____

TEMPERATURA RILEVATA: _____

SINTOMI RILEVATI:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> febbre (> 37,5° C) | <input type="checkbox"/> perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia) |
| <input type="checkbox"/> tosse | <input type="checkbox"/> perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia /iposmia) |
| <input type="checkbox"/> difficoltà respiratorie | <input type="checkbox"/> mal di gola |
| <input type="checkbox"/> congiuntivite | <input type="checkbox"/> cefalea |
| <input type="checkbox"/> rinorrea/congestione nasale | <input type="checkbox"/> Mialgie (dolori muscolari) |
| <input type="checkbox"/> sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea) | |

ORA DI USCITA: _____

ALTRE NOTE DEL COMPILATORE: _____

FIRMA COMPILATORE: _____

L'ALUNNO/STUDENTE VIENE RITIRATO DA: _____

A cui viene ricordato di:

- contattare immediatamente il pediatra/medico di famiglia per le valutazioni del caso;
- comunicare alla scuola l'eventuale attivazione delle procedure previste per l'esecuzione dei test diagnostici.

FIRMA DI CHI RITIRA L'ALUNNO/STUDENTE: _____

PER SOGGETTI
MINORENNI

All'adulto sintomatico viene ricordato di:

- contattare immediatamente il pediatra/medico di famiglia per le valutazioni del caso;
- comunicare alla scuola l'eventuale attivazione delle procedure previste per l'esecuzione dei test diagnostici.

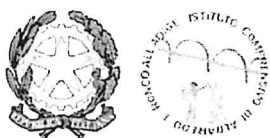
FIRMA DELL'ADULTO SINTOMATICO: _____

PER SOGGETTI
MAGGIORENNI

SUCCESSIVE INFORMAZIONI RICEVUTE E ALTRE NOTE :

DATA: _____ NOTE: _____

DATA CHIUSURA: _____ FIRMA COMPILATORE: _____



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE di RONCO all'ADIGE

Viale Vittorio Veneto, 19 – 37055 Ronco all'Adige (VR) Tel. 0456615376 – Fax. 0456616140

Sito: www.ic-ronco.edu.it – Cod. meccanografico: VRIC816001 – Cod. Fisc. 80020280238

e-mail: vrlic816001@istruzione.it Pec: vrlic816001@pec.istruzione.it



AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE SOSPETTI PER COVID-19 SENZA TAMPONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____

in qualità di Genitore (o titolare della resp. genitoriale) di _____

nato/a a _____ il _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dello stesso:

pur avendo presentato sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 (es. febbre > 37,5° C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali, perdita/alterazione improvvisa del gusto, perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto, mal di gola, cefalea, mialgie), il pediatra/medico di famiglia non ha fatto attivare la procedura di test diagnostici;

non ha più presentato sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 negli ultimi tre giorni;

N.B: Il rientro a scuola, prima che siano trascorsi i tre giorni senza sintomi sospetti, può avvenire solo previa attestazione, rilasciata dal **pediatra/medico di famiglia, che l'alunno/studente può riprendere la frequentazione della scuola senza rischio di contagio Covid-19 per la collettività (da allegare alla presente).**

Data: _____

Firma del Genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE di RONCO all'ADIGE

Viale Vittorio Veneto, 19 – 37055 Ronco all'Adige (VR) Tel. 0456615376 – Fax. 0456616140

Sito: www.ic-ronco.edu.it – Cod. meccanografico: VRIC816001 – Cod. Fisc. 80020280238

e-mail: vric816001@istruzione.it Pec: vric816001@pec.istruzione.it



AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, e residente in _____
in qualità di Genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____,
nato/a a _____ il _____,

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre ($> 37,5^{\circ} C$)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

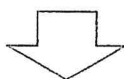
In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.

Luogo e data:

Il Genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)

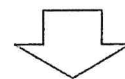
A DOMICILIO

1. il soggetto con sintomi resta a casa;
2. se operatore scolastico comunica l'assenza dal lavoro per motivi di salute, con certificato medico;
3. se alunno, i genitori dello studente comunicano alla scuola l'assenza scolastica per motivi di salute.



A SCUOLA

1. il soggetto indossa la mascherina chirurgica e, nel caso di alunno minore, viene accompagnato ed assistito, nel rispetto della distanza interpersonale, da un operatore scolastico, anch'esso dotato di mascherina chirurgica, in una stanza dedicata, in attesa di essere affidato al genitore/tutore legale;
2. il soggetto si allontana dalla struttura e rientra al proprio domicilio; nel caso si tratta di alunno, devono essere chiamati i genitori perché prelevino il bambino;
3. si puliscono e disinfettano superfici e ambienti e si favorisce il ricambio d'aria.



1. il soggetto contatta il Medico curante (PLS o MMG) per la valutazione clinica del caso;
2. il Medico curante (PLS o MMG) se indicato richiede il test diagnostico;
3. se prescritto, il soggetto esegue il test diagnostico;
4. **se il test è positivo:**
 - a. il Medico curante (PLS o MMG) segnala al SISP;
 - b. il SISP avvia le attività di indagine epidemiologica, *contact tracing* e disposizioni di isolamento o quarantena dei contatti stretti individuati;
 - c. il referente scolastico COVID-19 collabora con il SISP per fornire l'elenco degli alunni nonché degli operatori scolastici e comunque di tutti i soggetti venuti a contatto con il caso confermato nelle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi;
 - d. il SISP indica alla scuola le azioni di sanità pubblica da intraprendere, inclusi i necessari interventi di sanificazione straordinaria e, in collaborazione con il Dirigente Scolastico, predispone idonea comunicazione/informazione alle famiglie;
 - e. per il rientro in comunità del caso confermato si attende la guarigione clinica e la conferma di avvenuta guarigione attraverso l'effettuazione di due tamponi risultati negativi a distanza di 24 ore l'uno dall'altro con attestazione rilasciata da PLS o MMG;
5. **se il test è negativo:**
 - a. il soggetto rimane a casa fino a guarigione clinica seguendo le indicazioni del Medico curante (PLS o MMG);
 - b. il Medico curante (PLS o MMG) per il rientro a scuola dell'alunno redige un'attestazione di conclusione del percorso diagnostico-terapeutico raccomandato.

**Se l'alunno è assente per condizioni cliniche non sospette per COVID-19,
per la riammissione a scuola il genitore presenta specifica autodichiarazione**



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di RONCO all'ADIGE

Viale Vittorio Veneto, 19 – 37055 Ronco all'Adige (VR) Tel. 0456615376 – Fax. 0456616140

Sito: www.ic-ronco.edu.it – Cod. meccanografico: VRIC816001 – Cod. Fisc. 80020280238

e-mail: vric816001@istruzione.it Pec: vric816001@pec.istruzione.it



AUTOCERTIFICAZIONE PER IL PERSONALE DOCENTE E ATA

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il ____/____/____

a _____ (prov. _____)

In servizio presso _____

Posizione lavorativa _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere a conoscenza delle disposizioni del DPCM 7/8/2020, art. 1, comma 6, lettera a, e di agire nel loro rispetto (*)

In particolare dichiara:

di essere a conoscenza dei contenuti dell'art. 20 del D.Lgs. 81/2008, relativo agli obblighi dei lavoratori

di essere a conoscenza delle attuali misure anti-contagio e di contrasto all'epidemia COVID-19 di cui al relativo Protocollo pubblicato nel sito dell'Istituto IC di RONCO all'ADIGE

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno di questa struttura; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da COVID-19.

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data _____

Firma _____

*) DPCM 7/8/2020, art. 1

6. Allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19 sull'intero territorio nazionale si applicano le seguenti misure:

a) i soggetti con infezione respiratoria caratterizzata da febbre (maggiore di 37,5 °C) devono rimanere presso il proprio domicilio, contattando il proprio medico curante;

[...]



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE di RONCO all'ADIGE

Viale Vittorio Veneto, 19 – 37055 Ronco all'Adige (VR) Tel. 0456615376 – Fax. 0456616140

Sito: www.ic-ronco.edu.it – Cod. meccanografico: VRIC816001 – Cod. Fisc. 80020280238

e-mail: vrlic816001@istruzione.it Pec: vrlic816001@pec.istruzione.it



AUTOCERTIFICAZIONE ESTERNI (compresi Genitori)

MODULO DI REGISTRAZIONE E AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ____/____/____

a _____ (prov. _____)

Residente a _____ (prov. _____)

in via _____, n. _____

Recapito telefonico _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____, del _____

In qualità di _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere a conoscenza delle disposizioni del DPCM 7/8/2020, art. 1, comma 6, lettera a, e di agire nel loro rispetto (*)

In particolare dichiara:

- di non essere stato/a sottoposto/a negli ultimi 14 giorni alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare
- di non essere attualmente positivo/a al SARS-CoV-2 e di non essere stato/a in contatto con persone risultate positive al SARS-CoV-2, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni
- di non avere né avere avuto nei precedenti 3 giorni febbre superiore a 37,5 °C o altri sintomi da infezione respiratoria

Il/La sottoscritta dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno di questa struttura; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da COVID-19.

- Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data _____

Firma (ora ingresso _____) _____

Firma (ora uscita _____) _____

*) DPCM 7/8/2020, art. 1

6. Allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19 sull'intero territorio nazionale si applicano le seguenti misure:

a) i soggetti con infezione respiratoria caratterizzata da febbre (maggiore di 37,5°C) devono rimanere presso il proprio domicilio, contattando il proprio medico curante;

[...]



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di RONCO all'ADIGE

Viale Vittorio Veneto, 19 – 37055 Ronco all'Adige (VR) Tel. 0456615376 – Fax. 0456616140

Sito: www.ic-ronco.edu.it – Cod. meccanografico: VRIC816001 – Cod. Fisc. 80020280238

e-mail: vric816001@istruzione.it Pec: vric816001@pec.istruzione.it



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per lo Sviluppo Economico e la Ricerca
Ricerca Educativa, Formazione e Apprendimento
Direzione Generale per i Servizi al Sistema di Istruzione
Sostegno alla gestione delle Istituzioni scolastiche per
l'Istruzione per l'Innovazione Digitale
ICRONCO

AUTORIZZAZIONE ANDATA E RITORNO SENZA USO DI MEZZI DI TRASPORTO DA E PER LA PALESTRA IN USO ALLA SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
IC Ronco all'Adige -VR

I sottoscritti Genitori/Tutori dell'Alunna/o _____ classe _____
sez. _____ della scuola Primaria - Secondaria di _____

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad andare e tornare dalla palestra in uso alla scuola negli orari stabiliti, senza uso di mezzi di trasporto, accompagnato/a dall'insegnante della classe.

Questa autorizzazione **solleva l'amministrazione scolastica da qualsiasi responsabilità non strettamente imputabile ai doveri di vigilanza ed organizzazione ed ha validità per l'intero anno scolastico.**

Luogo e data

Firma degli esercenti la potestà familiare

Il padre: _____

La madre: _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il Genitore unico firmatario _____



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di RONCO all'ADIGE

Viale Vittorio Veneto, 19 – 37055 Ronco all'Adige (VR) Tel. 0456615376 – Fax. 0456616140

Sito: www.ic-ronco.edu.it – Cod. meccanografico: VRIC816001 – Cod. Fisc. 80020280238

e-mail: vric816001@istruzione.it Pec: vric816001@pec.istruzione.it



FONDI STRUTTURALI EUROPEI



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione e lo Sviluppo della
Ricerca e della Formazione e degli Studi
Direzionale Centro di Programmazione e Studi di Ricerca
Scientifica per la Gestione dei Fondi Strutturali per
l'Istruzione e per la Ricerca e per la Ricerca
Scientifica

85) POF

PASSEGGIATE SCOLASTICHE SENZA USO DI MEZZI DI TRASPORTO NEI DINTORNI DELLA SCUOLA SENZA SOSTE DI LUNGA DURATA A.S 2020/21

Al Dirigente Scolastico
IC Ronco all'Adige -VR

I sottoscritti Genitori/tutori dell'alunna/o _____
frequentante la classe ____ sez. ____ della scuola _____ primaria - _____ secondaria di _____

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle **PASSEGGIATE SCOLASTICHE, GUIDATE DAI DOCENTI**, che si effettueranno nei dintorni della scuola, senza uso di mezzi di trasporto e senza soste di lunga durata. Questa autorizzazione **solleva l'amministrazione scolastica da qualsiasi responsabilità non strettamente imputabile ai doveri di vigilanza ed organizzazione** ed ha validità per l'intero anno scolastico.

Luogo e Data:

Firma degli esercenti la potestà familiare

Il padre:

La madre:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il Genitore unico firmatario _____



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di RONCO all'ADIGE

Viale Vittorio Veneto, 19 – 37055 Ronco all'Adige (VR) Tel. 0456615376 – Fax. 0456616140

Sito: www.ic-ronco.edu.it – Cod. meccanografico: VRIC816001 – Cod. Fisc. 80020280238

e-mail: vric816001@istruzione.it Pec: vric816001@pec.istruzione.it



S. PAF

AUTOCERTIFICAZIONE STUDENTI AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto _____ nato/a _____ (____)

il ____/____/____ e la sottoscritta _____ nata/a _____ (____) il

____/____/____

Esercenti la responsabilità genitoriale del minore _____

consapevoli delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art.495 C.P.) sotto la propria responsabilità genitoriale,

DICHIARANO

- di essere a conoscenza delle disposizioni del DPCM 7/8/2020, art. 1, comma 6, lettera a, e di agire nel loro rispetto (*)
- di essere a conoscenza delle attuali misure anti-contagio e di contrasto all'epidemia COVID-19 di cui al relativo Protocollo pubblicato nel sito dell'Istituto IC Oppeano.

I sottoscritti dichiarano inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno di questa struttura; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da COVID-19.

- Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data _____

Firma dei Genitori

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, 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.

Il Genitore unico firmatario _____

*) DPCM 7/8/2020, art. 16. Allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19 sull'intero territorio nazionale si applicano le seguenti misure: a) i soggetti con infezione respiratoria caratterizzata da febbre (maggiore di 37,5°) devono rimanere presso il proprio domicilio, contattando il proprio medico curante.