



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CECCANO 2°

Via Gaeta, 123- 03023 Ceccano(Fr) ☎0775/600021 fax 0775/623471 C.M. FRIC85800R

## AUTODICHIARAZIONE

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
Doc. di riconoscimento \_\_\_\_\_, (allegare copia del documento in caso di deposito dell'autodichiarazione in assenza del dichiarante)  
residente/domiciliato/a in \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,  
Ruolo \_\_\_\_\_ (es. studente, genitore di..., accompagnatore di..., docente, personale non docente, commissario, presidente, altro)  
consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- che il sottoscritto
- non è sottoposto alla misura della quarantena (anche volontaria) ovvero di non essere, al momento, positivo al COVID 19;
  - non presenta sintomi quali congiuntivite, febbre superiore a 37,5°, tosse o difficoltà respiratorie o comunque altri sintomi presumibilmente riconducibili a infezione da COVID-19;
  - non è stato negli ultimi 14 giorni a stretto contatto con persona e/o familiare affetto da COVID-19 (come da definizione riportata nella direttiva del Ministero della Salute del 22.02.2020 Coronavirus COVID-19);
  - è a conoscenza delle misure del contenimento del contagio vigenti alla data odierna e di aver rispettato le disposizioni emanate dalle Autorità competenti quali quarantena, distanziamento sociale, utilizzo mascherine ed altro.

- In qualità di esercente la responsabilità genitoriale  
che il minore \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente/domiciliato/a in \_\_\_\_\_
- non è sottoposto alla misura della quarantena (anche volontaria) ovvero di non essere, al momento, positivo al COVID 19;
  - non presenta sintomi quali congiuntivite, febbre superiore a 37,5°, tosse o difficoltà respiratorie o comunque altri sintomi presumibilmente riconducibili a infezione da COVID-19;
  - non è stato negli ultimi 14 giorni a stretto contatto con persona e/o familiare affetto da COVID-19 (come da definizione riportata nella direttiva del Ministero della Salute del 22.02.2020 Coronavirus COVID-19);
  - è a conoscenza delle misure del contenimento del contagio vigenti alla data odierna e di aver rispettato le disposizioni emanate dalle Autorità competenti quali quarantena, distanziamento sociale, utilizzo mascherine ed altro.

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ si impegna ad informare tempestivamente questo ente qualora dovessero insorgere eventuali sintomi riconducibili ad infezione da COVID-19 e/o accertata affezione da COVID-19 e/o contatti stretti con persone contagiate, al fine di poter predisporre eventuali "misure cautelative".

- La presente autodichiarazione viene compilata ogni giorno.
- La presente autodichiarazione è stata compilata solamente il primo giorno di accesso alla scuola. In tal caso il sottoscritto dichiarante è consapevole di essere obbligato a comunicare la modifica di quanto sopra autodichiarato, e delle responsabilità penali in caso di mancata comunicazione.

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

Firma leggibile

Luogo e data

(dell'interessato e/o dell'esercente la responsabilità genitoriale)

.....

.....