ISTIUTO TECNICO STATALE "LUIGI STURZO"
80053 C/mare di Stabia NA) via D'Annunzio,23
tel./fax 081/8712920 http://www.itsturzo.it e-mail: NATD100007@istruzione.it
***P.E.C.** NATD100007@pec.istruzione.it Codice Meccanografico NATD100007*

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

AI SENSI DEGLI ARTT.NN.46/47 DEL D.P.R.28.12.2000/N.445

I SOTTOSCRITTI:

*NOME*_____ *COGNOME* _____

*NOME*_____ *COGNOME* _____

(GENITORI E/O TUTORI)

DELL'ALUNNO/A _____

NATO/A IL ___/___/_____

A _____

*FREQUENTANTE LA CLASSE*_____ *A.S. 2021 - 2022*

PRESA VISIONE DEL **"PROTOCOLLO DI SICUREZZA SCOLASTICA ANTI CONTAGIO COVID-19"**(pubblicato sul sito dell'Istituto)

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di verificare e controllare quotidianamente, prima dell'accesso a scuola, che il proprio figlio/a:

- *non presenti sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5°C quotidianamente e negli ultimi tre giorni;*
- *non sia stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;*
- *non sia stato a contatto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni;*
- *non sia stato a contatto con soggetti provenienti da zone a rischio negli ultimi 14 giorni, secondo le indicazioni dell'OMS.*

I SOTTOSCRITTI SI IMPEGNANO

a rispettare personalmente e a far rispettare al proprio figlio/a:

- *gli adempimenti previsti dalle norme vigenti*
- *tutte le disposizioni del Regolamento d'Istituto e del Regolamento Anti-covid stilati da codesto Istituto, dopo averne preso visione sul sito della scuola.*
- *tutte le disposizioni condivise nel patto di corresponsabilità e sua integrazione, dopo averne preso visione sul sito della scuola.*

In particolare:

- *mantenere la distanza di sicurezza (un metro);*
- *osservare le regole di igiene personale ed in particolare delle mani;*
- *utilizzare i dispositivi di protezione delle vie respiratorie (uso della mascherina chirurgica* ***sempre****) secondo le indicazioni previste dal Ministro della Salute e comunicate dal Dirigente.*
- *a informare tempestivamente il docente di qualsiasi sintomo influenzale rechi il proprio figlio/a durante la permanenza nell'Istituto.*

Castellammare di Stabia lì, _____

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI (O TUTORI)

_____ _____

NOTA : La dichiarazione non è soggetta ad autentica di firma e dev'essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione ovvero sottoscritta ed inviata, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante (Art. 38 del D.P.R. n.445/2000).

L'indirizzo email dedicato a cui inviare la presente dichiarazione è dichiarazionisturzo@gmail.com